

3 1761 11970296 7














Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119702967>











HOUSE OF COMMONS

Issue No. 46

Tuesday, May 10, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 46

Le mardi 10 mai 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

### CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

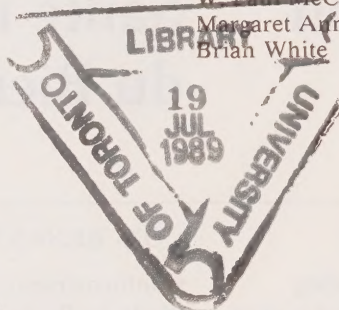
*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 10, 1988

(66)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:10 o'clock a.m., in Room 705, 151 Sparks, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Brian White.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: Canadian Hospital Association:* Margaret Davison, Chairman of the Board of Directors; Jean-Claude Martin, President; Carol Clemenhagen, Vice-President, Public Affairs; Bruce Baskerville, Research Officer. *Chiefs of Ontario:* Gordon Peters, Ontario Regional Chief.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Mrs. Davison made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

Mr. Peters made a statement and answered questions.

At 10:45 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 10 MAI 1988

(66)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 10, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Brian White.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association des hôpitaux du Canada:* Margaret Davison, présidente du Conseil d'administration; Jean-Claude Martin, président; Carol Clemenhagen, vice-présidente, Affaires publiques; Bruce Baskerville, attaché de recherche. *De Chiefs of Ontario:* Gordon Peters, chef régional pour l'Ontario.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

M<sup>me</sup> Davison fait une déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

M. Peters fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, May 10, 1988

• 0911

**The Chairman:** Order. The committee is considering today, in accordance with its mandate under Standing Order 96.(2), the health care system in Canada and its funding. We are happy to have with us the Canadian Hospital Association as our first witnesses, to be followed by the Chiefs of Ontario.

We welcome you, Mr. Martin, along with your colleagues. We know you are frequent visitors on the Hill here. We know you put a lot of effort into the briefs you present to us. You have already provided us with a very substantial brief on this subject, which some of us have had a chance to look at in a cursory manner. May I thank you for being with us. If you would like to introduce your colleagues, then you could proceed with your brief.

**Mr. Jean-Claude Martin (President, Canadian Hospital Association):** Thank you very much, Mr. Chairman. With your permission, I would like to turn to Mrs. Margaret Davison, who is Chairman of the Board of Directors of CHA, who will introduce the staff and also the brief of CHA.

**Ms Margaret Davison (Chairman of the Board of Directors, Canadian Hospital Association):** Mr. Chairman and members of the Standing Committee on National Health and Welfare, I am very pleased to be here today as chairman of the Canadian Hospital Association. It is a particular privilege because I am a trustee in the health care system, as vice-chairman of the Victoria General Hospital in Halifax, an 800-bed tertiary teaching hospital, and immediate past chairman of the Nova Scotia Association of Health Organizations.

The other representatives from the Canadian Hospital Association who are here with us today are Ms Carol Clemenhagen, Vice-President, Public Affairs, and Mr. Bruce Baskerville, Research Officer.

The Canadian Hospital Association is a federation of provincial and territorial hospital health associations. Our mission is to promote a humane, effective, efficient, and integrated health system of the highest quality. CHA acts as a focal point and unifying force, helping its members to influence and adapt to the changing environment.

A study of the Canadian health care system, focusing on long-term pressures, innovation, efficiency, and quality, is an enormous undertaking. Indeed, any one of

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 10 mai 1988

**Le président:** La séance est ouverte. Conformément au mandat qui lui est conféré par le Règlement 96.(2), le Comité examine aujourd'hui le système de santé du Canada ainsi que son financement. Nous sommes heureux d'accueillir nos premiers témoins, les représentants de l'Association des hôpitaux du Canada, qui seront suivis par les chefs de l'Ontario.

Bienvenue à vous et à vos collègues, monsieur Martin. Nous savons que vous êtes des visiteurs assidus de la colline du Parlement. Nous n'ignorons pas que vous consacrez beaucoup d'effort à la rédaction des mémoires que vous nous présentez. Vous nous avez déjà remis un mémoire très complet sur le sujet, mémoire que certains d'entre nous ont déjà eu la possibilité d'examiner rapidement. Je voudrais vous remercier d'être venus. Veuillez nous présenter vos collègues et passer ensuite à votre exposé.

**M. Jean-Claude Martin (président, Association des hôpitaux du Canada):** Merci, monsieur le président. Avec votre permission, j'aimerais vous présenter Margaret Davison, présidente du conseil d'administration de l'AHC, qui vous présentera à son tour ses collaborateurs ainsi que le mémoire de l'AHC.

**Mme Margaret Davison (présidente du conseil d'administration, Association des hôpitaux du Canada):** Monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé et du bien-être national, je suis très heureuse d'être aujourd'hui parmi vous en ma qualité de présidente de l'Association des hôpitaux du Canada. C'est pour moi un insigne privilège car je suis par ailleurs commissaire au sein du système de santé en ma qualité de vice-présidente de l'Hôpital général Victoria à Halifax, un hôpital d'enseignement tertiaire de 800 lits ainsi que l'ancienne présidente de l'Association des organisations de santé de la Nouvelle-Écosse.

Les autres représentants de l'Association des hôpitaux du Canada que vous voyez parmi nous aujourd'hui sont Carol Clemenhagen, vice-présidente aux affaires publiques et Bruce Baskerville, agent de recherche.

L'Association des hôpitaux du Canada est une fédération des différentes associations hospitalières de santé des provinces et des territoires. Notre mission est de promouvoir l'instauration d'un système de santé humain, efficace, rentable et intégré de la plus haute qualité. L'AHC sert de tribune et de lieu de rencontre, aidant ses membres à agir sur leur environnement et à s'adapter à un milieu en pleine mutation.

L'étude du système des soins de santé au Canada, qui doit tenir compte des pressions à long terme, des innovations, des besoins d'efficacité et des impératifs de

*[Texte]*

the variables mentioned in the committee's study outline could be the subject of lengthy debate and research. In its submission to the standing committee, CHA will focus its discussion on promoting innovative and efficient delivery of quality health services.

The association views health service delivery in terms of a range of service alternatives along an integrated continuum of care. As part of this continuum, health care facilities promote health, prevent premature institutionalization, and provide, in efficient organizational settings, different levels and types of care that meet accepted standards of quality.

• 0915

CHA's opinions on priority areas in the promotion of innovation, efficiency, and quality are based on the association's conceptualization of prerequisites and change agents needed to achieve desired health system goals. Those goals, prerequisites, and change agents are listed on the second page of our introduction.

To promote innovation and efficiency in the delivery of quality health services, health care providers and governments need policy direction and political will to achieve objectives, financial incentives tied to clear objectives, and a management philosophy of vigorous managerial control aimed at ensuring quality of care and organizational efficiency.

Several of the recommendations contained in CHA's submission call for increased funding and/or financial incentives. We recognize that there are definite limits to the amount of money taxpayers and governments are prepared to and able to invest in health care. The association's recommendations with respect to funding are based on the belief that it is essential for governments and health service providers to work together to implement, through managerial leadership, incentives for organizational efficiency, and to explore the cost effectiveness of service delivery alternatives with a view to enhancing value for money in health care.

An adequate level of funding is one of the basic prerequisites for achieving health system goals, and financial incentives, acting as powerful change agents, can promote innovation and efficiency in organization, production, and service delivery.

CHA brings concerns in the following priority areas to the standing committee's attention: the need for national health objectives; the role of health care facilities in health promotion; long-term care; human resources;

*[Traduction]*

qualité, est une entreprise considérable. D'ailleurs, chacun des paramètres mentionnés dans le projet d'étude du comité pourrait faire l'objet de longs débats et de nombreuses recherches. Dans son intervention devant le Comité permanent, l'AHC va axer la discussion sur la promotion de services de santé novateurs, efficaces et de qualité.

L'association envisage les services de santé comme un éventail de choix offerts tout au long d'un tronc commun. Dans le cadre de ce tronc commun, les établissements de santé doivent promouvoir la santé, éviter la mise en institution prématurée et dispenser avec efficacité des soins de santé à différents niveaux répondant tous à des normes de qualité reconnues.

Les opinions de l'AHC concernant les priorités dans le domaine de la promotion de l'innovation, de l'efficacité et de la qualité, découlent de l'idée que se fait l'association des conditions préalables et des facteurs de changement nécessaires à la réalisation des objectifs souhaités pour le système de santé. Ces objectifs, ces conditions préalables et ces facteurs de changement figurent à la deuxième page de notre introduction.

Pour promouvoir des services de santé novateurs et dispensés de manière efficace, les responsables des soins de santé et les gouvernements ont besoin de directives et d'un projet politique permettant de réaliser les objectifs fixés, d'incitations financières liées à des objectifs clairs et de principes de gestion et de contrôle sains permettant de dispenser des soins de qualité au sein d'une organisation efficace.

Le mémoire de l'AHC recommande à plusieurs reprises d'accroître les crédits ou les incitations financières. Nous savons bien qu'il y a des limites à ce que peuvent et veulent verser les contribuables et les gouvernements dans le domaine de la santé. Les recommandations de l'association sur le plan des crédits partent du principe qu'il est indispensable que les gouvernements et les responsables des services de santé oeuvrent de concert pour mettre en place, en pesant sur les grandes orientations, des systèmes d'incitation à une plus grande efficacité des organisations et étudient la rentabilité des différentes options de soins de santé dans le but de tirer davantage de profit des sommes consacrées à la santé.

Un financement suffisant est l'une des conditions préalables à la réalisation des objectifs du système de santé et les incitations financières, qui sont un facteur puissant de changement, peuvent encourager l'innovation et l'efficacité dans l'organisation, la production et la fourniture des services.

L'AHC attire l'attention du Comité permanent sur les priorités suivantes: la nécessité de se doter d'objectifs nationaux en matière de santé; le rôle joué par les établissements de soins de santé dans la promotion de la



*[Text]*

strategic planning; funding and delivery issues; and the role of the federal government in health care.

In addition to financial support, health care in Canada has benefited from federal leadership, specifically with regard to universal health insurance and the principles of the Canada Health Act. Furthermore, the current policy emphasis on health promotion and, hopefully in the near future, national health objectives are areas where the federal government can play an enormously useful role in the health system. Nevertheless, the most recent amendment, Bill C-96, of the EPF Act appears to be another step in a series of changes at the national level which may signal a progressive withdrawal of federal involvement in health care.

An important feature of the Meech Lake accord, the provincial prerogative to opt out of national programs that relate to areas of provincial jurisdiction, also raises questions about the potential for leadership by the federal government in health matters in the future.

Participant observers at the federal level, such as CHA, are increasingly worried that a diminishing federal presence in health care may ultimately detract from a health system which guarantees all Canadians adequate health care consistent with national conditions and principles.

CHA supports federal leadership in establishing specific national health objectives and in maintaining national principles, conditions, and financial commitment via mechanisms such as the Canada Health Act and the Established Programs Financing Act.

Health care delivery and funding concerns all point to the need for creativity and innovation in efficiently organizing and delivering high quality services which meet community health needs. The system's seemingly limitless appetite for health care dollars is cause for concern, given our lack of empirical evidence on the relationships between utilization or costs and the risks and benefits of health services.

How do we ensure the delivery of quality care in efficient health settings? The starting point for accomplishing this is to direct more attention to evaluating current and new approaches to health care

*[Translation]*

santé; les soins à long terme; les ressources humaines; la planification stratégique; les problèmes de financement et de fourniture des services; le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé.

En plus de bénéficier de son appui financier, le régime des soins de santé au Canada a tiré parti des grandes orientations données par le gouvernement fédéral, notamment en ce qui a trait à l'universalité des soins de santé et aux principes figurant dans la Loi canadienne sur la santé. En outre, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle particulièrement utile dans le cadre de la politique actuelle de promotion de la santé puis, dans un avenir proche, il faut espérer, sur le plan de l'élaboration d'objectifs nationaux en matière de santé. Néanmoins, la dernière modification apportée à la Loi sur le financement des programmes établis par le projet de loi C-96 semble être un nouveau pas dans la série de changements apportés au niveau national par lesquels le gouvernement fédéral semble se retirer progressivement du secteur des soins de santé.

L'un des aspects importants de l'accord du lac Meech, qui permet aux provinces de se retirer si elles le veulent des programmes nationaux relevant des compétences provinciales nous amène par ailleurs à nous interroger sur la possibilité pour le gouvernement fédéral de jouer un rôle de chef de file à l'avenir dans le domaine de la santé.

Les observateurs intéressés au niveau fédéral, tels que l'AHC, craignent de plus en plus que la réduction de la présence fédérale dans le secteur de la santé ne finisse par remettre en cause un système de santé garantissant à tous les Canadiens des soins adéquats et conformes à des normes et à des principes nationaux.

L'AHC souhaite que le fédéral joue un rôle de chef de file en établissant des objectifs nationaux précis en matière de santé et en garantissant le maintien de principes, de normes et d'engagements financiers nationaux grâce à des mécanismes tels que la Loi canadienne sur la santé et la Loi sur le financement des programmes établis.

Les préoccupations ayant trait au financement et à la fourniture des soins de santé portent toutes sur les besoins de créativité et d'innovation devant permettre d'organiser et de dispenser efficacement des services de qualité répondant aux besoins de santé des différentes collectivités. L'appétit apparemment insatiable du système qui réclame toujours plus de dollars pour les soins de santé nous préoccupe compte tenu de l'absence de preuves dont nous disposons sur le lien existant entre, d'une part, les modalités d'utilisation ou les coûts et, d'autre part, les risques et les avantages procurés par les services de santé.

Comment garantir la qualité des soins fournis dans des établissements de santé efficaces? Il convient au départ de chercher à mieux évaluer les méthodes actuelles et les solutions nouvelles en matière de fourniture des soins de

[Texte]

delivery. Management information systems, technology assessment, quality assurance, and health administration research are all key contributors to efforts directed at finding more efficient ways of delivering quality services in efficient settings along an integrated continuum of care.

Federal initiative and support in this regard are required for, first, a health innovation fund to support experiments in health services delivery as well as their rigorous evaluation, and secondly, practical evaluation directed at assessing existing health care settings and models of service delivery.

The association's recommendations on these subjects are presented in the submission document, and I would ask the chairman's guidance as to whether we should go through those recommendations one by one or invite an open discussion of any part of the brief. We are at your disposal, Mr. Chairman.

**The Chairman:** I guess we have about 30 minutes more for the group from the Hospital Association. What is the wish of my colleagues? Do you want to look at their recommendations briefly and then have questions?

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I have to go to another committee for a private member's presentation on food labelling at 10 a.m.

**The Chairman:** Would you prefer to have some questions now?

**Ms Copps:** I think that would be better for me.

**The Chairman:** Perhaps we can work in your recommendations as we proceed with some questions.

**Ms Davison:** Thank you, Mr. Chairman.

**Ms Copps:** First of all, I apologize for the late start. I am preparing a private member's bill on food labelling and it is supposed to go before the committee at 10 a.m., and obviously it is a different committee.

You have presented an extremely detailed series of recommendations and have called upon the government to establish a national statement of objectives. You also suggest that maybe there could be a little better accountability at the national level—measurement achievement of health goals.

For example, I know at the provincial level the accreditation system in the province of Ontario is fairly well established. It is reasonably easy to go in and examine what the criteria are and whether they are being met.

[Traduction]

santé. Ce sont les secteurs des systèmes d'information de gestion, de l'évaluation des techniques, de la garantie de la qualité et de la recherche en administration de la santé qui doivent orienter avant tout nos efforts visant à trouver des moyens plus efficaces de dispenser des services de qualité au sein d'établissements bien adaptés le long d'un tronc commun en matière de santé.

Il faut à cet égard que le gouvernement fédéral prenne des initiatives et fournisse un appui tout d'abord pour instaurer un fonds d'innovation en matière de santé qui permette d'appuyer les expériences de fourniture de services de santé tout en les évaluant de manière rigoureuse et, en second lieu, pour évaluer dans la pratique le fonctionnement des établissements de santé et des modèles de fourniture de services existants.

Les recommandations de l'association dans ces différents domaines sont présentées dans notre mémoire et je voudrais que le président m'indique si je dois passer en revue ces recommandations une par une ou s'il préfère que l'on ouvre la discussion sur une ou l'autre des parties du mémoire. Je suis à votre disposition, monsieur le président.

**Le président:** Je vois que nous avons encore une trentaine de minutes à consacrer aux représentants de l'Association des hôpitaux. Je demande à mes collègues ce qu'ils préfèrent. Voulez-vous que l'on passe rapidement en revue les recommandations et que l'on pose ensuite des questions?

**Mme Copps:** Monsieur le président, je dois me rendre à un autre comité à 10 heures en vue de la présentation d'une proposition de loi sur l'étiquetage des aliments.

**Le président:** Voulez-vous que l'on passe immédiatement aux questions?

**Mme Copps:** Pour moi, ce serait préférable.

**Le président:** On pourrait peut-être examiner vos recommandations à mesure que nous poserons les questions.

**Mme Davison:** Je vous remercie, monsieur le président.

**Mme Copps:** Tout d'abord, je voudrais que vous m'excusiez d'avoir retardé le début de la séance. Je suis en train de préparer un projet de loi d'initiative parlementaire sur l'étiquetage des aliments qui doit être soumis au comité à 10 heures et, bien évidemment, il s'agit d'un comité différent.

Vous avez présenté une série de recommandations très détaillées et vous avez demandé au gouvernement de fixer un ensemble d'objectifs nationaux. Vous laissez entendre par ailleurs qu'il faudrait peut-être que l'on prenne davantage de responsabilités au niveau national et qu'on mesure le degré de réalisation des objectifs fixés en matière de santé.

Par exemple, je sais qu'au niveau provincial le système d'homologation de la province de l'Ontario est assez bien fixé. Il est assez facile de se pencher sur la question et d'examiner quels sont les critères retenus et la façon dont



## [Text]

How would you see this objective being established on a national level when provincial governments might say whatever they do in their health care system is their business and the national government has no business coming in and telling them what the criteria or the objectives should be? I think objectives may be okay there, but in terms of delivery of service there might be some resistance to that.

**Mr. Martin:** Mr. Chairman, the issue of setting up objectives in the health care sector is a complex debate. On the other hand if you look at page 3 of our brief, you will see that two provinces in this country—namely Quebec and Ontario—have set objectives for themselves through some committees or a panel group.

If you go beyond that, you will see that the United States of America and the WHO, especially WHO Europe, have set objectives for the health care system. Basically, they have negotiated with the provider of services, either in the U.S. with the state organization or in Europe with the national organization. They have negotiated a number of objectives which are now part of the system in these countries, and the measurement of the achievement of these objectives is left to the organization or to the governments who are empowered to provide the programs to reach these objectives.

• 0925

Therefore, it would not necessarily be a responsibility of a national government to go into a thorough evaluation, but it would be up to those providing the services—in the area of Canada, the provincial governments—to align their programs with the objectives that have been set by the national government and do the necessary evaluation.

It is possible they are doing it very thoroughly in Europe especially. WHO, as I said, in Copenhagen, has done great work in putting together a set of objectives for the whole of Europe that is in the European Common Market, and it is working. Mind you, their broad objectives of reducing infant mortality are not what I would call "program objectives". They are system objectives—how to reduce the incidence of certain diseases, how to control certain problems—not necessarily how to provide care to a very specific population through programs. They would have to be very broad objectives.

**Ms Coppes:** Do you, for example, endorse HMOs, CSOs...? When I was thinking about national... not objectives, but a national... You say CHA deplors the lack of established mechanisms at the national level to set health objectives and measure achievement of health goals. I think it is the measurement I am unclear about. Do you take a position on HSOs?

## [Translation]

ils sont réalisés. Comment selon vous pourrait étendre cet objectif au niveau national dans la mesure où les provinces peuvent dire qu'elles font ce qu'elles veulent dans le domaine des soins de santé et que le gouvernement national n'est pas habilité à intervenir et à leur dicter leurs critères ou leurs objectifs? Je pense qu'au niveau des objectifs, ça ne pose pas de problème, mais que sur le plan de la fourniture des services, il risque d'y avoir des résistances.

**M. Martin:** Monsieur le président, la question de la détermination des objectifs dans le domaine des soins de santé est très complexe. Mais si vous vous reportez à la page 3 de notre mémoire, vous constaterez que deux provinces, le Québec et l'Ontario, se sont fixé leurs propres objectifs par l'entremise d'un comité ou d'un groupe d'experts.

Si vous regardez plus loin, vous constaterez que les États-Unis et l'OMS, tout particulièrement en Europe, ont fixé des objectifs au système de soins de santé. Pour l'essentiel, ils ont négocié avec le dispensateur des services, en l'occurrence l'état aux États-Unis ou l'organisation nationale en Europe. Ils ont négocié un certain nombre d'objectifs qui font désormais partie intégrante du système dans ces pays et le soin de mesurer le degré de réalisation de ces objectifs est laissé à l'organisation ou au gouvernement habilité à dispenser les programmes permettant d'atteindre ces objectifs.

En conséquence, il n'incombe pas nécessairement au gouvernement national de procéder à une évaluation exhaustive; c'est aux dispensateurs des services—dans le cas du Canada, aux provinces—d'adapter leurs programmes aux objectifs fixés par le gouvernement national et de procéder à l'évaluation nécessaire.

En Europe, particulièrement, cela peut se faire très rigoureusement. Comme je viens de le dire, l'OMS, à Copenhague, a très bien su mettre sur pied une série d'objectifs adaptés à l'ensemble des pays européens qui composent le Marché Commun et le système fonctionne. Je vous ferai remarquer que leurs objectifs généraux concernant la réduction de la mortalité infantile ne sont pas ce que j'appellerais des «objectifs de programme». Ce sont des objectifs de système qui consistent à trouver les moyens de réduire l'apparition de certaines maladies, de lutter contre certains problèmes, et pas nécessairement de se doter de moyens de dispenser certains services de santé à une population bien déterminée par l'entremise de programmes. Il s'agit d'objectifs très larges.

**Mme Coppes:** Êtes-vous, par exemple, favorable aux HMO, aux CSO...? Lorsque je parlais de national... pas d'objectifs, mais sur le plan national... vous nous dites que l'AHC déplore l'absence de mécanismes établis au niveau national pour fixer les objectifs en matière de santé et mesurer le degré de réalisation des objectifs de santé. C'est le critère de mesure qui me paraît peu clair. Qu'avez-vous à dire au sujet des HSO?

[Texte]

**Mr. Martin:** HMOs and HSOs are not objectives. They are structures, organizations, and they have nothing to do with objectives as such.

**Ms Copps:** I understand that. That is why I said "mechanisms". That is why I went back to "mechanisms".

**Mr. Martin:** They are only a method to provide health services to a population; to a community. It could be a CLSC, as in the province of Quebec, or it could be any other structure or any other—

**Ms Copps:** No, I understand that. But in terms of the mechanism of delivery, if you look at people who are maybe examining the current health care system and saying, look, how can we make it more cost effective, how can we make it broader based, there is a certain school of thought that says we should be moving away from the institutional hospital medical model to VH. . . That is why I wondered. . .

**Ms Carol Clemenhagen (Vice-President, Public Affairs, Canadian Hospital Association):** Our view generally on various delivery methodologies is that there should be many alternatives, but the most important thing is evaluating those alternatives. So if in fact HMOs prove to be a viable and positive alternative within the continuum, which would include acute care hospitals, long-term care facilities, any number of delivery modes, then, yes, we would support HSOs. But I think the biggest point we are trying to make is that need for rigorous evaluation.

The HMO model in the States appears to work for a variety of reasons specific to the U.S. environment. Perhaps it might work even better in the Canadian context. But we do not really know yet.

About the definition of "health objectives", in our recommendation concerning objectives we are thinking in terms of epidemiology, identifying those health problems affecting the population most. One thing that is quite interesting, or that makes our job easier, is that those health problems that are affecting countries in Europe, in the United States, in Canada, are all the same health problems. So the differences across provinces, with perhaps some exceptions, would not really interfere with establishing health objectives at a national level.

**Ms Copps:** It is somewhat difficult, because you have brought up so much information that obviously we are not going to have a chance to look at it all in the time we have been allotted, because you have even looked at the whole issue of human resources planning, and you point to the shortage of medical manpower, and in particular nursing manpower in certain parts of the country. A few months ago now, I think it was last year at the National Nurses Week, I made a statement in the House relating to the shortage that had been reported. I was subsequently contacted by the Canadian Nurses Association and told there is not a shortage, but in fact it is a problem of

[Traduction]

**M. Martin:** Les HMO et les HSO ne sont pas des objectifs. Ce sont des structures, des organisations, et ils n'y ont rien à voir en tant que tels avec des objectifs.

**Mme Copps:** Je comprends bien. C'est pourquoi j'ai parlé de «mécanismes». C'est pourquoi je voudrais que l'on en revienne aux «mécanismes».

**M. Martin:** Ils ne sont qu'un des moyens de dispenser les services de santé à une population, à une collectivité. On pourrait aussi avoir un CLSC, comme au Québec, ou toute autre structure ou. . .

**Mme Copps:** Oui, j'entends bien. Mais sur le plan des mécanismes qui permettent de dispenser les services, les gens qui examinent le système actuel des soins de santé se demandent comment le rendre plus rentable, lui donner une base plus élargie. Il y a une certaine école de pensée qui réclame que l'on s'écarte du modèle médical des établissements hospitaliers en faveur d'institutions plus souples. . . C'est pourquoi je me demandais. . .

**Mme Carol Clemenhagen (vice-présidente, Affaires publiques, Association des hôpitaux du Canada):** De manière générale, nous considérons sur la question des modalités de prestation qu'il doit y avoir plusieurs options, mais l'essentiel est de pouvoir évaluer ces options. Donc, si dans la pratique les HMO se révèlent être une bonne solution au sein du tronc commun qui comprendra par ailleurs des hôpitaux de soins intensifs, des établissements de soins à long terme et toute une gamme de services, nous serons bien sûr favorables aux HSO. Toutefois, je pense que nous voulons surtout insister sur la nécessité de procéder à des évaluations rigoureuses.

Le modèle des HMO semble donner de bons résultats aux États-Unis pour des raisons propres à ce pays. Il est possible qu'il fonctionne encore mieux dans le système canadien. Mais nous n'en savons rien encore.

Sur la définition des «objectifs de santé», nous nous plaçons sous l'angle de l'épidémiologie dans notre recommandation concernant les objectifs afin d'identifier les problèmes de santé qui touchent le plus la population. Une chose est à relever, qui rend notre tâche plus facile, c'est que les problèmes de santé qui affectent les pays d'Europe, les États-Unis et le Canada sont les mêmes. Les différences entre les provinces, éventuellement à quelques exceptions près, ne viendront donc pas faire obstacle à l'établissement d'objectifs de santé au niveau national.

**Mme Copps:** Notre travail est assez difficile car vous avez recensé tellement d'éléments d'information que nous n'aurons bien évidemment pas la possibilité de tout aborder dans les délais qui nous sont impartis, puisque vous vous êtes même penchés sur la question de la planification des ressources humaines en faisant remarquer qu'il y a pénurie de main-d'oeuvre dans le secteur médical, et notamment de main-d'oeuvre infirmière dans certaines régions du pays. Il y a quelques mois, je pense que c'était l'année dernière lors de la Semaine nationale des infirmières et infirmiers, j'ai fait une déclaration à la Chambre en invoquant la pénurie qui



## [Text]

allocation and concentration, and also of the fact that a number of nurses who are registered to work in the profession have opted out for a variety of reasons, including burn-out and short-staffing problems generally.

## [Translation]

avait été signalée. J'ai été contactée par la suite par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui m'a déclaré qu'il n'y avait pas en fait de pénurie, mais un problème de répartition et de concentration, et que par ailleurs un certain nombre d'infirmières agréées au sein de la profession avaient choisi de se retirer pour diverses raisons, notamment le surmenage et pour le manque de personnel en général.

• 0930

So we could probably take any one of the subjects you have talked about here and really have a full discussion on it. It is unfortunate that we are not going to have the time, because you also spend quite a bit of time on the issue of health promotion and the fact that the institutional sector or the hospital sector should be involved in health promotion, because always when you think of health promotion you think that is sort of separate and outside the hospital, and yet, if you look at how we have evolved with home nursing care, for example, and home care, oftentimes there is a pretty direct link with the hospital sector.

I wonder if you could elaborate a little on the integration you see between the hospital sector and health promotion generally.

**Ms Clemenhausen:** That is certainly one issue that has been near to all our hearts over the past two years, starting with a research project on what hospitals are doing in terms of health promotion, and Bruce Baskerville can certainly comment on the results of that project.

But one of the things from a policy point of view that the association was concerned about was that issue of health promotion being considered always as something that does not apply in a hospital setting or in a long-term care setting. Actually, we took offence at that implication. It does not make sense to pit the community service sector against the institutional care sector. It makes a lot more sense, in terms of resources and the way things are in health care, to try to bring those groups closer together. So one of the things the CHA has tried to do is raise the flag and say: do not exclude us; we are doing health promotion in our institutions, and we intend to continue to do so, and in fact demand to be recognized for that important role.

Bruce, would you like to comment on the results of the survey?

**Mr. Bruce Baskerville (Research Officer, Canadian Hospital Association):** The first survey was done in 1985, and basically the results pointed that roughly 70% of the hospitals surveyed either had promotional programs in place or were developing policy statements related to health promotion. In reality, though, most of the programs were on an ad hoc basis. There were very few

Nous pourrions donc prendre l'un quelconque des sujets que vous avez évoqués ici et en discuter en profondeur. Il est dommage que nous n'ayons pas le temps, car vous avez consacré aussi beaucoup de temps à la question de la promotion de la santé et à la nécessité d'impliquer les établissements et les hôpitaux dans la promotion de la santé, car chaque fois qu'on pense à la promotion de la santé, on pense que c'est une question distincte et étrangère à l'hôpital alors qu'on voit que dans le domaine par exemple des soins infirmiers à la maison, de l'ensemble des soins dispensés à la maison, il y a souvent un lien direct avec l'hôpital.

J'aimerais que vous nous en disiez davantage sur les possibilités d'intégration que vous voyez entre le secteur hospitalier et la promotion de la santé en général.

**Mme Clemenhausen:** Voilà sans aucun doute une question qui nous tient à coeur depuis deux ans et l'on a immédiatement à l'esprit le projet de recherche sur le rôle des hôpitaux dans le domaine de la promotion de la santé. Bruce Baskerville pourra certainement commenter les résultats de ce projet.

Toutefois, du point de vue de l'élaboration des politiques, l'un des sujets de préoccupation de notre association vient du fait que l'on considère toujours la promotion de la santé comme quelque chose qui ne s'applique pas à l'univers hospitalier ou à un établissement de soins à long terme. En fait, nous nous opposons fortement à ce que l'on fasse une telle distinction. Il ne sert absolument à rien d'opposer le secteur du service communautaire à celui des soins en établissement. Il est bien plus utile, sur le plan des ressources et du fonctionnement des soins de santé, de s'efforcer de rapprocher ces deux groupes. Donc, l'AHC s'est efforcée entre autres choses d'élever la voix et de dire: ne nous frappez pas d'exclusion; nous faisons la promotion de la santé dans nos établissements, nous avons l'intention de continuer et en fait, nous exigeons qu'on nous reconnaisse ce rôle important.

Bruce, pouvez-vous commenter les résultats de l'enquête?

**M. Bruce Baskerville (agent de recherche, Association des hôpitaux du Canada):** La première enquête a été réalisée en 1985 et a révélé en substance qu'environ 70 p. 100 des hôpitaux ayant fait l'objet de l'enquête avaient soit mis en place des programmes de promotion, soit entrepris d'élaborer des politiques en ce sens. Toutefois, dans la pratique, la plupart des programmes étaient dispensés

**[Texte]**

hospitals that were well organized, that had health promotion co-ordinators, as it were, set up and developing programs. But they were looking at it.

Just recently, at the end of April, we had a focus group at the national level of various key players in the health care facility sector who had health promotional programs in place, and we met and discussed what health promotion means to health care facilities. Right now, we are formulating a concise definition that pertains to health care facilities and health promotion, talking about what their role should be and also strategies for implementation.

**Ms Copps:** One of the things that precipitated this committee examining the questions we are looking at has been the concern about escalating costs in the health care system, etc. Unfortunately, if you look at the development over the last 15 years—for example, in the area of mental health, where there should be a pretty strong link between the hospital and the community—I guess as a result of modern medication, which permitted patients to live a more normal life, everybody said: hey, great, let us move the patients out of the hospital into the community; it is going to be terrific; we will have all these support systems set up and they will be out there de-institutionalized.

In theory it was a really positive step, but in practice it is like any other sector: when that bulk of the population gets cut out of your budget and they are out in many communities with no support systems, the cost of delivering community services is never really anteed. It eases the institutional budget for 10 or 15 years, but if there is not a corresponding development of community services then you see the kind of tragedy that we see on our streets now as a result of what was I think in the beginning intended to be not just money motivated but positively motivated community living for ex-psychiatric patients.

**[Traduction]**

selon les besoins. Très peu d'hôpitaux étaient bien organisés et disposaient de coordonnateurs de la promotion de la santé responsables de l'élaboration des programmes. Toutefois, la chose était prévue.

Tout récemment, à la fin avril, nous nous sommes intéressés au niveau national à différents partenaires-clés du secteur des établissements de soins de santé ayant mis en place des programmes de promotion de la santé et nous nous sommes réunis pour discuter de l'importance accordée à la promotion de la santé par les établissements de soins de santé. Nous sommes dès à présent en train d'élaborer une définition concise des rapports entre la promotion de la santé et les établissements de soins de santé afin de définir les rôles à jouer et les stratégies d'application.

**Mme Copps:** Une des raisons qui ont précipité l'examen de toutes ces questions par notre Comité est l'escalade préoccupante des coûts du système de soins de santé. Malheureusement, lorsqu'on considère l'évolution au cours des 15 dernières années, par exemple dans le domaine de la santé mentale, où il devrait y avoir un lien très étroit entre l'hôpital et la collectivité, je pense que grâce aux médicaments modernes qui ont permis aux malades de vivre une vie plus normale, tout le monde s'est dit: c'est merveilleux, on va pouvoir sortir les malades de l'hôpital et les réinsérer dans la collectivité; ce sera formidable; nous mettrons sur pied des mécanismes de soutien et ils ne seront plus enfermés.

En théorie, la démarche était très positive mais, dans la pratique, c'est comme dans tous les autres secteurs: lorsque le plus gros de votre clientèle sort de votre budget et se retrouve au sein de nombreuses collectivités ne disposant d'aucun mécanisme de soutien, les fonds nécessaires à la fourniture des services communautaires ne sont en fait jamais effectivement débloqués. Le budget des établissements en est soulagé pendant 10 ou 15 ans mais, à partir du moment où il n'y a aucun développement correspondant des services communautaires, on assiste au type de tragédies que l'on voit tout les jours dans nos rues alors qu'à mon avis la formule n'avait pas été mise en place pour des raisons d'argent mais pour des motifs nobles devant permettre aux anciens malades des hôpitaux psychiatriques de se réinsérer au sein de la collectivité.

• 0935

We can come up with a recommendation and say that we are going to move to community. . . it gets into the whole issue of promotion. You put a cap on hospital beds because everybody says the more hospital beds you create, the more people will fill them. You say you are going to focus on concentrating your efforts out in the community, but if you look at the budgets and if you look at the areas of cutback, whenever a government is in a pinch, regardless of political stripe, the community services are usually the first to go. Therefore, you end up with this gap, which originally was the result of a very well-intentioned move to have community health promotion.

Nous pouvons toujours faire une recommandation et dire que nous allons prendre une orientation communautaire. . . On retombe sur toute la question de la promotion. On limite le nombre de lits d'hôpitaux parce que tout le monde nous dit que plus on crée de lits d'hôpitaux, plus il y a des gens pour les prendre. Vous nous dites qu'il nous faut privilégier les solutions communautaires, mais quand on examine les budgets et les secteurs de compression budgétaire, chaque fois qu'un gouvernement a des difficultés financières, quelle que soit son obédience politique, les services communautaires sont généralement les premiers à passer à la trappe. On se



## [Text]

In other words, you end up with a sort of walking disaster.

**The Chairman:** Do any of our panel wish to comment on that? It is an important issue. I was not trying to downplay the importance of it.

**Ms Clemenhagen:** One brief comment. One of the key words you will find throughout the brief is continuum of care and that tends to be bandied about, but it is a very meaningful statement and philosophy. It relates to the need for various alternatives, both in the community and in the institutions. I certainly agree, the problems with de-institutionalization has been well documented. This was a great philosophy and theory, but it ended up putting people on the street who perhaps needed to have a place, an institutional service to go to.

**Ms Copps:** You have devoted a part of your brief to gerontology. I think all Canadians are proud of the fact that we have a health care system which permits everybody to be able to have access to the system without losing their homes, etc. You reach a point where, because of the chronic nature of your disease, essentially a nursing home or a second-level lodging facility becomes your home. Do you do any analysis vis-à-vis costing, in respect of what portion should be the responsibility of the state and what portion should be the responsibility of the individual?

**Ms Clemenhagen:** On principle, we support the Canada Health Act and universal access to services. Now, long-term care has always been excluded from that, and by nature of the Canada Health Act they are dealt with in a different way. That causes difficulty in segmenting services, in segmenting government ministries, and you get problems of communication between Ministries of Health and Ministries of Social Service.

We have not done any research on the matter, but it seems to be a generally acknowledged fact that we would have great difficulty in purchasing back from the private sector all the long-term care facilities. So I think what we have to do is through mechanisms, such as accreditation and licensing and education, try to deliver services the best way possible within the financial frameworks we are able to deal with.

**Ms Copps:** Thank you.

**The Chairman:** I want to make an observation to our witnesses. As a physician I think I am right in saying, though I have not checked lately, that they are not mentioned at all in *Achieving Health For All*. Am I right?

**Ms Clemenhagen:** No, the institutional sector is not mentioned.

## [Translation]

retrouve donc en face d'un vide s'expliquant à l'origine par de bonnes intentions et par la volonté de faire la promotion de la santé au sein de la collectivité. Autrement dit, on court au désastre.

**Le président:** Quelqu'un de votre groupe veut-il apporter des commentaires? C'est une question importante que je ne veux pas sous-estimer.

**Mme Clemenhagen:** Juste un bref commentaire. L'une des expressions clés que l'on retrouve tout au long de notre mémoire est celle du tronc commun des soins de santé, expression qui tend à être galvaudée, mais qui correspond à une véritable philosophie. Elle se rapporte à la nécessité de disposer d'un éventail de choix, tant au sein de la collectivité que dans les établissements. Je conviens que les problèmes de la désinstitutionalisation sont bien réels. C'était bon en théorie et sur le plan des principes, mais on a fini par jeter à la rue des gens qui peut-être auraient eu leur place dans un établissement.

**Mme Copps:** Vous avez consacré une partie de votre mémoire à la gérontologie. Je pense que tous les canadiens sont fiers de pouvoir compter sur un système de soins de santé qui permet à chacun d'accéder au système sans avoir à perdre sa maison, son foyer, etc. Il arrive un moment où en raison de la nature chronique de la maladie, le véritable foyer devient la maison de repos ou la résidence pour personnes âgées. Pouvez-vous dire sur le plan des coûts quelle est la part qui devrait être défrayée par l'État et celle qui doit être laissée à la responsabilité de l'individu?

**Mme Clemenhagen:** Sur le plan des principes, nous sommes en faveur des dispositions de la Loi canadienne sur la santé et de l'accès universel aux services. Cependant, les soins à long terme en ont toujours été exclus et, en raison de la nature de la Loi canadienne sur la santé, ils sont traités différemment. Il en résulte des difficultés sur le plan du partage des services et de la répartition entre les différents ministères des gouvernements et l'on assiste à des problèmes de communication entre les ministères de la santé et ceux des services sociaux.

Nous n'avons pas fait de recherches sur la question, mais il semble établi de manière générale que l'on aurait de grosses difficultés à racheter au secteur privé toutes les installations de soins à long terme. Je pense donc qu'il nous faudra le faire au moyen de divers mécanismes tel que l'homologation, l'octroi de permis et l'éducation du public et nous efforcer de dispenser des services de la meilleure façon possible compte tenu des impératifs financiers qui sont les nôtres.

**Mme Copps:** Je vous remercie.

**Le président:** J'aimerais faire une observation à nos témoins. En tant que médecin je ne crois pas me tromper en disant, même si je n'ai pas vérifié dernièrement, que vous ne figurez pas du tout dans *La santé pour tous*. Est-ce exact?

**Mme Clemenhagen:** Non, le secteur des établissements hospitaliers n'y est pas mentionné.

[Texte]

**The Chairman:** Physicians are not mentioned either.

**Ms Clemenhagen:** No. We are both in their bad books.

**The Chairman:** We share some paranoia there.

**Mr. White:** I welcome the CHA here today and thank them for a very comprehensive brief. It is going to be very helpful to the committee.

There are many areas to explore, but I would like to restrict my comments perhaps to two or three areas. First of all, just a brief comment. I really like your idea of a national technology assessment body. I think that really is the way to go, although there is a jurisdictional problem there. This is something we will have to deal with. I just wanted to mention the fact that I think it is a great idea. It could save us a lot of money and help to channel our resources and our energies.

• 0940

There are three questions I would like to ask, and the first one is close to my own heart since I represent a rural area in Manitoba where it is very difficult for us to attract physicians outside the city of Winnipeg. Do you have any idea of what incentives the health care system could use to attract doctors to rural areas of Canada? Really, if you took the country as a whole there probably is not a shortage of doctors per se, but if you get outside the major cities the shortage becomes quite acute. Have you any suggestions in that area?

**Mr. Martin:** Mr. Chairman, I think most of the provinces have tried one way or another to entice physicians to go to rural areas, either with money or with certain restrictions in the province of Quebec, where if you practise in a large city you get only 75% of the fee scale and if you practise in a rural area you get 125%.

It is extremely difficult. There is no easy solution to attracting physicians to rural areas, and not only attracting them, but keeping them. A lot of them will go for two, three or four years and after that will move back to large cities. Maybe your chairman, who has practised most of his career in a semi-rural area, has a trick we do not have. But it is not easy. Most of the large provinces—Quebec, Ontario and B.C.—have major problems in trying to convince physicians to leave large cities and practise in rural areas.

There is probably a relationship between the support the physician gets when practising in a rural area as opposed to practising in the urban area. Many of them

[Traduction]

**Le président:** Les médecins non plus.

**Mme Clemenhagen:** Non. Nous sommes tous sur leur liste noire.

**Le président:** Nous partageons la même paranoia sur ce point.

**M. White:** Je suis très heureux d'accueillir les représentants de l'AHC parmi nous aujourd'hui et je les remercie de nous avoir présenté un mémoire très complet. Ce mémoire sera très utile au comité.

Il y a beaucoup de domaines à aborder, mais je m'en tiendrai si vous le voulez bien à deux ou trois d'entre eux. Tout d'abord, je voudrais faire un rapide commentaire. J'ai bien aimé votre idée de création d'un organisme national d'évaluation des techniques. Je pense que c'est ainsi qu'il faut aborder la question, bien qu'il puisse y avoir ici des problèmes de compétence. Il faudra nous attacher à les résoudre. Je voulais simplement vous dire que je trouve que c'est une bonne idée. Cela pourrait nous permettre d'économiser beaucoup d'argent et nous aider à canaliser nos ressources et nos énergies.

Il y a trois questions que j'aimerais poser, et la première me tient à coeur étant donné que je représente une région rurale du Manitoba où il nous est très difficile d'attirer les médecins, qui s'accrochent à Winnipeg. Avez-vous une idée du type d'incitation que l'on pourrait utiliser au sein du système de santé pour attirer les médecins dans les régions rurales du Canada? Si l'on considère en fait l'ensemble du pays, il n'y a pas tout bien compté de pénurie de médecins, mais dès que l'on s'éloigne des grandes villes, leur absence se fait cruellement sentir. Avez-vous des propositions à faire sur ce point?

**M. Martin:** Monsieur le président, je pense que la plupart des provinces se sont efforcées d'une manière ou d'une autre d'attirer les médecins dans les régions rurales, soit par des incitations monétaires, soit en imposant certaines restrictions comme au Québec, où lorsqu'on pratique dans une grande ville on n'a droit qu'à 75 p. 100 du barème des honoraires alors que c'est 125 p. 100 lorsqu'on pratique à la campagne.

Le sujet est très épineux. Il n'y a pas de recette facile pour attirer les médecins dans les régions rurales, et ce n'est pas tout de les attirer, il faut encore les garder. La plupart d'entre eux vont y faire un séjour de deux, trois ou quatre ans avant de retourner dans une grande ville. Il est possible que votre président, qui a passé la majeure partie de sa carrière dans une région semi-rurale, ait plus de tours dans son sac que nous n'en avons. Mais ce n'est pas facile. La plupart des grandes provinces—le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique—éprouvent de grosses difficultés à convaincre les médecins de quitter les grandes villes et de pratiquer dans les régions rurales.

Il est possible que cela ait à voir avec l'appui dont dispose le médecin quand il pratique à la campagne par opposition à ce qu'il obtient à la ville. La plupart des



[Text]

have been trained in teaching hospitals in large urban areas, and they are used to having all the necessary support to practise medicine. Do you duplicate that in every small town in the country? That is very hard to say.

But I think there is some hope that, by linking more and more small rural institutions to large institutions in urban areas and thus providing better support to the professionals who are out in the rural area, we will probably be able to attract more physicians to the rural areas. You have to be sure that whenever they need some professional help they can get it very rapidly in terms of transferring a patient or getting a test or an examination done. It is difficult to practise in a remote area.

**Mr. White:** Estimates within my own expertise, which is the pharmaceutical industry, tell us that within the next decade 75% of the pharmaceutical business will be in geriatrics. I think that is probably not too far off what we are looking at in the health care system as a whole. Maybe it is not quite that much, but I think it is moving toward that end.

If we try to move the long-term care patients out of the acute care system, that means two things. We have to develop other facilities for these people; and second, it frees up the acute care system, which becomes a more expensive system, does it not? Is there some way we can rationalize the two? Really, what will happen is that, when we move the elderly patients from the acute care system into something else, we are creating two more expenses, are we not? I mean a more expensive acute care system plus a more expensive separate system for these long-term patients who have to be moved somewhere else.

**Ms Clemenhagen:** Most provinces have established bed-to-population ratios for acute care services. For example, in Ontario I believe it is now 3.25 beds per 1,000 population. It varies usually by region. I understand that for quite a number of years the bed-to-population ratio for eastern Ontario was 3.5, with a goal to reduce it to 3.25. So there are planning processes in place that hopefully establish the correct number of acute care beds to take care of the health care needs of a population for the predicted morbidity of a given population.

What happens at present is that acute care beds are about 10% to 20%. Depending on where you are in the country, 10% to 20% of those acute care beds are occupied by long-stay patients, patients who do not need acute care services but who cannot be placed in other facilities appropriate to their needs. The effect of that, in fact, is blocking access.

[Translation]

médecins ont été formés dans les hôpitaux d'enseignement des grandes zones urbaines et ils sont habitués à disposer de toutes les facilités pour pratiquer la médecine. Bénéficient-ils des mêmes possibilités dans les petites villes du pays? C'est très difficile à dire.

J'ai toutefois l'espoir qu'en reliant davantage les petits établissements ruraux aux grands établissements des zones urbaines et en offrant ainsi un meilleur appui aux spécialistes qui travaillent à la campagne, il sera éventuellement possible d'attirer davantage de médecins à la campagne. Il faut s'assurer que chaque fois qu'ils ont besoin d'une aide professionnelle, ils soient en mesure de l'obtenir très rapidement, qu'il s'agisse de transférer un malade, d'obtenir un test ou de faire faire un examen. Il est difficile de pratiquer dans une région éloignée.

**M. White:** Les estimations faites dans mon domaine, l'industrie pharmaceutique, nous révèlent qu'au cours des dix prochaines années, 75 p. 100 du chiffre d'affaire de la pharmacie se fera dans le domaine de la gériatrie. Je pense que ce chiffre n'est pas très éloigné de celui que l'on peut envisager pour l'ensemble du système de santé. Il est possible que ce soit un peu moins, mais je pense que l'on va dans ce sens.

Si l'on s'efforce de retirer les malades bénéficiant de soins à long terme du système des soins intensifs, il y aura deux conséquences. Il nous faudra créer de nouvelles installations pour ces gens et, en second lieu, le système des soins intensifs sera allégé d'autant, ce qui le rendra en fait plus onéreux, non? N'y a-t-il pas moyen de rationaliser les deux choses? En réalité, lorsqu'on va retirer les personnes âgées du système des soins actifs pour les placer ailleurs, nous allons créer deux types de dépenses supplémentaires. Nous aurons un système de soins actifs plus onéreux ainsi qu'un autre système distinct coûteux à l'intention des malades à long terme qui auront dû être déplacés.

**Mme Clemenhagen:** La plupart des provinces ont fixé des rapports lits par habitant en ce qui a trait aux services de soins actifs. En Ontario, je crois que ce rapport est actuellement de 3,25 lits pour 1,000 habitants. Il varie généralement suivant les régions. Il me semble que pendant un certain nombre d'années, le rapport du nombre de lits par habitant dans l'est de l'Ontario était de 3,5, l'objectif étant de le ramener à 3,25. Un mécanisme de planification est donc en place qui, il faut l'espérer, permettra de fixer le nombre exact de lits permettant de dispenser dans les établissements de soins actifs des soins de santé à une population donnée compte tenu des taux de morbidité prévus.

Ce qui se passe à l'heure actuelle, c'est qu'entre 10 et 20 p. 100 des lits des établissements de soins actifs, selon la région, sont occupés par des malades effectuant un long séjour, des malades qui n'ont pas besoin de soins intensifs mais qui ne peuvent être placés ailleurs par manque de moyens. Il en résulte en fait un engorgement des établissements.

[Texte]

[Traduction]

• 0945

We are assuming that the number of acute care beds is pretty much what the population needs. So by reducing access to those needed acute care beds you are decreasing access generally and you are increasing costs, or costs will be about the same. So in fact, moving patients in need of long-term care services to other facilities that are geared to provide services up to their level of need is a way of reducing costs in the long run, or at least spending the same amount of money but caring for your people better.

**The Chairman:** I do not think you really answered Mr. White's question. You may want to pursue it, Brian.

**Mr. White:** I have trouble seeing how removing some of the elderly from the acute care beds is going to reduce costs. What I am saying is it is going to increase our costs, because it is more expensive to treat someone in an acute care bed for the reason for which it is being provided in the first place.

**Mr. Martin:** Mr. Chairman, the only way to do it is to close the bed, and it is pretty obvious that we will not close beds. So what is happening in many parts of the country is we are converting short-acute beds into long-term care beds, and the hospital is being reimbursed according to the long-term care bed rate, rather than the short-acute bed rate.

There are two ways. Either you convert beds or you build additional long-term care beds and leave the short-acute beds alone. When you do that you prevent the need to expand or get additional short-acute beds. But basically this is not a short cut to reduce the costs. What it does is it contains costs more than it reduces costs. But it is a way. For example, in the province of Quebec, by regulation, every short-acute hospital has to have 10% of their beds for long-term care patients. They are being reimbursed not at the rate of the short-acute but at the rate of the long-term care patient.

From an operating point of view, it does reduce the costs to the government. The hospitals receive less money. It does provide more beds without having to pay the capital costs of additional beds.

As Carol has explained, the ratio of beds per thousand of population in Quebec was high, and rather than provide new long-term beds they have converted some of the short-acute beds. They have contained costs that way, but they have not reduced costs. Let us face it, in this situation of an aging population, I do not think this is going to be the route to save money. Again, if you really want to save money, the only way is to close beds, and all

Nous partons du principe que le nombre de lits dans les établissements de soins actifs correspond à peu près aux besoins de la population. Donc, en réduisant les possibilités d'accès à ces lits dans les établissements de soins actifs, vous diminuez les possibilités d'accès en général et vous augmentez les coûts, ou vous les maintenez à peu près tels quels. Donc, en fait, en déplaçant les malades ayant besoin de services de soins à long terme dans d'autres établissements prévus pour dispenser des services conformes à leurs besoins, on réduit les coûts à long terme ou, au minimum, on évite de dépenser plus d'argent tout en s'occupant mieux des malades.

**Le président:** Je ne pense pas que vous ayez en fait répondu à la question de M. White. J'imagine que vous voulez en savoir plus, Brian.

**M. White:** Je vois difficilement comment on va réduire les coûts en enlevant une partie des personnes âgées des lits réservés aux soins actifs. Je dis en fait que les coûts vont augmenter, parce qu'il est plus onéreux de dispenser effectivement des soins actifs à une personne occupant un lit prévu au départ à cette fin.

**M. Martin:** Monsieur le président, le seul moyen serait de supprimer le lit, et il est bien évident qu'il ne faut pas y songer. Ce qui se passe dans de nombreuses régions du pays, c'est que nous transformons des lits réservés aux soins actifs en lits réservés à des soins à long terme et que l'hôpital est remboursé au taux des lits réservés aux soins à long terme par opposition à celui des lits réservés aux soins actifs.

Il y a deux façons d'agir. Soit vous transformez les lits, soit vous vous équipez de lits supplémentaires réservés aux soins à long terme en laissant libres les lits réservés aux soins actifs. En faisant cela, vous vous évitez d'avoir à vous doter de lits supplémentaires réservés aux soins actifs à court terme. Mais ce n'est pas vraiment un moyen de réduire les coûts, cela permet plutôt de les contenir. Mais c'est une solution. C'est ainsi qu'au Québec, la réglementation impose que tout hôpital de soins actifs réserve 10 p. 100 de ses lits aux malades bénéficiant de soins à long terme. L'hôpital est remboursé non en fonction du taux s'appliquant aux lits réservés aux soins actifs, mais d'après le taux s'appliquant aux malades bénéficiant de soins à long terme.

Sur le plan de fonctionnement, les coûts pour le gouvernement en sont réduits. Les hôpitaux reçoivent moins d'argent. On se retrouve avec davantage de lits sans avoir à investir dans des lits supplémentaires.

Comme Carol l'a expliqué, le rapport du nombre de lits aux 1,000 habitants au Québec était élevé et, plutôt que de se doter de nouveaux lits réservés aux soins à long terme, cette province a transformé une partie des lits réservés aux soins actifs. Elle a réussi ainsi à limiter les coûts, mais elle ne les a pas réduits. Il ne faut pas se leurrer, avec une population qui vieillit, je ne pense pas qu'il faille s'attendre à des économies. Là encore, si vous



[Text]

of us in this room know very well that politically that is totally impossible. Nobody will close beds.

**Mr. White:** I have one final question, Mr. Chairman. There is a debate raging in western Canada right now about the costs of so-called walk-in clinics, their costs versus their effectiveness, and whether we should really have something like that. Is there a policy that the CHA has concerning walk-in clinics and how beneficial they are, given their costs to the health care system?

**Mr. Martin:** Mr. Chairman, I think there are two elements to this. First of all, do these walk-in clinics provide adequate or even better care than the hospitals? And it is possible to have walk-in clinics, or clinics in communities, that will be closer to the population, which will provide better care than hospitals. The assumption that every time you need health care you go to an institution is maybe not an assumption that is true all the time, because other resources are available. If we go back a certain number of years, we see that most of the care was being given by physicians in their private homes or in their private offices. It has only been in the last 25 or 30 years that most patients have started to go to out-patient or emergency departments.

In terms of costs, I do not think it will reduce costs, because it will not allow us to close out-patient departments and emergencies services in hospitals. It is an add-on. But it probably does provide a better service to the population. One, because it is closer; and two, because if it is controlled adequately there is no reason whatsoever that they cannot provide primary health care at the local level rather than in an institution. But again, it is not a device to save costs, it is a device to provide care to a population.

• 0950

In the U.S. and again in Quebec, the CLSC I think are clear examples of what can be done. The CLSC in the province of Quebec has not reduced the cost of health in the province of Quebec. On the other hand, it has rendered health services more accessible to the population.

**Mr. White:** When you say controlled adequately, do you mean controlled by government regulation through the—

**Mr. Martin:** By a presentation program, by the co-operation of physicians who control the practice of physicians, by the order of nurses who control the practice of nursing and so on. No, not by government. I

[Translation]

voulez vraiment réaliser des économies, la seule façon est de supprimer des lits, et nous savons tous ici que sur le plan politique c'est absolument impossible. Personne ne va supprimer des lits.

**M. White:** Une dernière question, monsieur le président. Il y a une polémique à l'heure actuelle dans l'est du Canada au sujet du coût des établissements appelés cliniques sans rendez-vous, et l'on se demande quelle est leur rentabilité et s'il est bien utile d'en créer. Quelle est la position de l'AHC en ce qui concerne les cliniques sans rendez-vous et quels en sont les avantages à son avis compte tenu des coûts qu'elles entraînent au sein du système de soins de santé?

**M. Martin:** Monsieur le président, je pense que cette question comporte deux volets. Tout d'abord, peut-on dire que ces cliniques offrent une qualité de soins suffisante ou même des soins de meilleure qualité que les hôpitaux? Il est possible en effet de se doter de cliniques sans rendez-vous ou de cliniques communautaires, qui seront plus proches de la population et qui pourront dispenser de meilleurs soins que les hôpitaux. Il n'est pas toujours vrai que chaque fois que l'on est malade, il faut se rendre au sein d'un établissement hospitalier, car il existe d'autres ressources. Si l'on revient quelques années en arrière, on constate que la majorité des soins étaient dispensés par les médecins chez eux ou dans leur cabinet. Ce n'est qu'au cours des 25 ou 30 dernières années que la plupart des malades ont entrepris de s'adresser aux services d'urgence ou aux hôpitaux.

Sur le plan financier, je ne pense pas que les coûts en seront réduits, car cela ne nous permettra pas de fermer les services de traitement hospitaliers ou les services d'urgence au sein des hôpitaux. Il s'agit d'un coût supplémentaire. Il est probable toutefois que le service fourni à la population sera meilleur. Tout d'abord, parce qu'il sera plus proche et, en second lieu, parce que s'il est bien géré, rien n'empêche de dispenser des services de santé primaires au niveau local plutôt que dans un établissement. Mais là encore, ce n'est pas un mécanisme visant à épargner, c'est un mécanisme qui vise à dispenser des soins à la population.

Aux États-Unis et encore au Québec, les CLSC sont à mon avis un bon exemple de ce que l'on peut faire. Au Québec, les CLSC n'ont pas entraîné une diminution du coût de la santé. Par contre, ils ont rendu les services de santé plus accessibles à la population.

**M. White:** Lorsque vous parlez d'une bonne gestion, pensez-vous à un contrôle exercé par voie de réglementation par le gouvernement par l'intermédiaire... .

**M. Martin:** Grâce à un programme de présentation des services et à la collaboration des responsables à la tête de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des infirmières, etc. Non, pas par le gouvernement. Je pense aux organismes

[Texte]

am thinking of the professional bodies that have the mandate to control the practice of the professional and also whatever it is by the accreditation program, the Canadian Council on Hospital Accreditation Program, will go and accredit our patient clinics across the country if it has to do so. It is a voluntary program, it is a good program and it could be done. So they control the quality of the service that is being provided by the professional.

**Mr. White:** Thank you very much. I just wanted to thank you once again and tell you how helpful your brief is going to be during our deliberations.

**Mr. Martin:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. White.

I will allow our researcher, Mr. Rosenbaum, one question, then we will have to switch to our next batch of witnesses.

**Mr. Paul Rosenbaum (Researcher to the Committee):** Thank you, Mr. Chairman.

Of 14 wealthy industrialized nations, Canada has a relatively low ratio of hospital beds to population. However, the costs of maintaining those beds as operating hospital beds is unusually high in Canada. Can you comment? Why are hospital bed days so much more expensive, relative to other western nations?

**Mr. Martin:** I think it is relatively easy. The fewer beds you have, the more sick people you have in those beds. Thus the costs increase. If you have a lot of beds and, as Carol has mentioned, they are filled by 10%, 15% or 20% of long-term care patients, what it does is to kind of lower the average cost of those beds. So the fewer beds you have, the more acute patients you have in them, the more expensive the beds are.

Again, it is a tricky operation. If you reduce the number of beds, it means you keep in those beds the sicker patients and they turn out to be the most expensive ones. What is expensive in a hospital are the three, four or five earliest days of hospitalization. After that it goes down.

For hospital administrators, the trick is to have a few more long-term care patients because it does reduce the tension on the budget, because the sixth, seventh, eighth, ninth, tenth and eleventh days are cheaper than the first few days. The shorter the average length of stay is, the more expensive those beds are because you get the patients when they are in their acute phase of their sickness and they are the most expensive.

**Mr. Rosenbaum:** Thank you.

**The Chairman:** On behalf of the committee, may I thank the four of you for being with us today? This has been short and I think it is fair to say you live not too far from us here, at least you are based not too far from us

[Traduction]

professionnels qui ont pour mandat de régir la pratique des professions concernées et à tout ce qui touche au programme d'agrément, au programme du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux qui se chargera d'agréer nos cliniques dans tout le pays s'il le faut. Il s'agit d'un programme bénévole mais c'est un bon programme qui peut donner de bons résultats. C'est ainsi que l'on peut contrôler la qualité du service dispensé par les spécialistes.

**M. White:** Je vous remercie encore une fois en vous répétant que votre mémoire nous sera très utile lors de nos délibérations.

**M. Martin:** Je vous remercie.

**Le président:** Merci, monsieur White.

J'autorise notre recherchiste, M. Rosenbaum, à vous poser une question supplémentaire, puis nous passerons aux témoins suivants.

**M. Paul Rosenbaum (rechercheur du Comité):** Merci, monsieur le président.

Parmi les 14 pays industriels les plus riches, le Canada a un nombre de lits d'hôpitaux relativement peu élevé par rapport à sa population. Toutefois, le coût d'exploitation de ces lits dans les hôpitaux est anormalement élevé au Canada. Avez-vous des observations à faire à ce sujet? Pourquoi nos lits d'hôpitaux sont-ils si onéreux par rapport à ceux des autres nations occidentales?

**M. Martin:** Je pense que c'est assez facile à expliquer. Moins vous avez de lits, plus vous avez de malades dans ces lits. Le coût augmente en proportion. Lorsque vous disposez de nombreux lits et lorsque, comme l'a mentionné Carol, ce sont dans 10, 15 ou 20 p. 100 des cas des malades bénéficiant de soins de longue durée qui les occupent, on en vient à baisser le coût moyen d'exploitation de ces lits. Donc, moins vous avez de lits, plus vous avez de malades relevant des soins intensifs dans ces lits, plus ils reviennent cher.

Là encore, l'opération est complexe. À partir du moment où vous réduisez le nombre de lit, vous ne gardez dans ces lits que les malades les plus gravement atteints, qui se trouvent être ceux qui coûtent le plus chers. Ce qui coûte le plus cher dans un hôpital ce sont les trois, quatre ou cinq premiers jours d'hospitalisation. Après, le coût diminue.

Pour les administrateurs des hôpitaux, la solution consiste à faire entrer quelques malades de plus qui bénéficient de soins de longue durée pour des raisons budgétaires, parce que les sixième, septième, huitième, neuvième, dixième et onzième jours d'hospitalisation reviennent moins chers que les cinq premiers. Plus le séjour est court, plus les lits reviennent cher parce que l'on a des malades qui se trouvent dans la phase aiguë et qui coûtent plus cher.

**M. Rosenbaum:** Je vous remercie.

**Le président:** Je voudrais vous remercier tous les quatre au nom du Comité d'être venus aujourd'hui parmi nous. Votre intervention a été courte, mais je dois dire que vous résidez pas très loin d'ici, du moins en ce qui concerne le



[Text]

here. It could well be the committee may wish to question you further in some of its later deliberations because you have given us a good brief, as Mr. White has indicated.

Thank you very much for coming today and we look forward to hearing from you again some time in the future.

**Ms Davison:** Mr. Chairman, on behalf of the Canadian Hospital Association and the representatives here, I would like to thank you and the members of the committee for the interest and attention you have paid to our submission. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you.

The Chair would request the spokesman for the Chiefs of Ontario to please come to the table.

I take it we have at the table Gordon Peters, the Ontario Regional Chief, along with two of your lady helpers. We want to welcome all three of you. As I indicated earlier—you perhaps heard—we are running short of time but we will have perhaps three-quarters of an hour for your presentation.

I understand from the Clerk we have just recently received your brief in written form and it is not ready for distribution to the committee yet. But I think we would entertain you to make a presentation. We will make some notes and try to ask some appropriate questions when you finish your presentation.

Maybe, Chief Peters, you would like to introduce the two ladies you have with you. We would appreciate that.

• 0955

**Chief Gordon Peters (Ontario Regional Chief, Chiefs of Ontario):** Thank you, Mr. Chairman. I have with me Cathie Bruyere and Cynthia Jamieson, probably our most knowledgeable people in the health field in Ontario at this time.

The brief is approximately 15 to 20 minutes long. Mr. Chairman, do you wish me to proceed with the brief or would you like to have me give a summary of some of the details and then get into some questions?

**The Chairman:** We can append your brief to the proceedings of the committee, but let me assure you that your brief will be considered in detail by our researcher and by the committee when we begin to discuss the issues. Perhaps you might like to give us your summary of the brief now and then we can ask appropriate questions.

**Chief Peters:** In lieu of the fact that I will not be giving a brief, one of the items I would like to have considered is that our brief be attached as an appendix to the report.

[Translation]

siège de votre organisation. Il est possible que le Comité vous convoque à nouveau plus tard pour vous poser quelques questions supplémentaires car, comme M. White l'a bien fait remarquer, vous nous avez remis un excellent mémoire.

Je vous remercie chaleureusement d'être venus aujourd'hui et j'espère vous revoir bientôt.

**Mme Davison:** Monsieur le président, je voudrais, au nom de l'Association des hôpitaux du Canada et de ses représentants ici présents, vous remercier, vous et les membres du Comité, de l'intérêt que vous nous avez porté et de l'attention que vous avez accordée à notre mémoire. Je vous remercie.

**Le président:** Merci.

La présidence demande aux porte-parole des Chefs de l'Ontario de bien vouloir s'avancer.

Nous avons devant nous Gordon Peters, le Chef régional de l'Ontario, accompagné de deux de ses assistantes. Nous vous souhaitons la bienvenue à tous les trois. Comme je l'ai indiqué précédemment, vous m'avez peut-être entendu, nous n'avons pas beaucoup de temps mais vous disposez d'environ trois quarts d'heure pour faire votre exposé.

Le greffier me dit que nous venons juste de recevoir votre mémoire écrit et qu'il n'a pas eu encore le temps de le distribuer. Je pense toutefois que nous sommes prêts à entendre votre exposé. Nous prendrons des notes et nous tâcherons par la suite de vous poser quelques questions.

Chief Peters, il serait bon peut-être que vous nous présentiez les deux dames qui vous accompagnent. Nous vous en serions reconnaissants.

**Le chef Gordon Peters (chef régional de l'Ontario, Chefs de l'Ontario):** Merci, monsieur le président. Cathie Bruyere et Cynthia Jamieson m'accompagnent; ce sont probablement nos meilleures spécialistes du domaine de la santé à l'heure actuelle en Ontario.

La lecture de notre mémoire prend environ 15 à 20 minutes. Monsieur le président, voulez-vous que je lise le mémoire ou préférez-vous que je vous en donne un résumé dans ses grandes lignes avant de passer aux questions?

**Le président:** Nous pouvons annexer votre mémoire aux délibérations du comité, mais laissez-moi vous assurer qu'il sera examiné en détail par notre chercheur et par les membres du comité lorsque nous nous pencherons sur les questions en jeu. Il serait peut-être bon que vous nous résumiez maintenant votre mémoire pour que nous puissions ensuite vous poser des questions.

**Le chef Peters:** Étant donné que je ne vous lirai pas mon mémoire, je voudrais qu'il soit résolu entre autres que notre mémoire soit annexé au rapport.

[Texte]

**The Chairman:** I appreciate why you would like to have that done. I am sure that we can have this officially appended at a later date when we have a quorum to do it.

**Chief Peters:** The first couple of comments I would like to make are in relation to the the difficulty we had in having access to your committee. I do not know if it was an oversight on your part or what happened. The kinds of difficulties we have in making the kinds of presentations that we would like to make to committees dealing with the health problems is no reflection on this committee, but it is a reflection on the general attitude when we are dealing with the government.

**The Chairman:** Chief Peters, we are in the very beginnings of these hearings and we have literally dozens and dozens of people who want to come before us. We are going to have to be selective about the ones we hear. We are delighted to have you here and if we had not had you now, we would have you sooner or later.

**Chief Peters:** I have heard that comment before.

**The Chairman:** I think it is true for this committee.

**Chief Peters:** I wanted to mention the article that appeared in *The Ottawa Citizen* this morning dealing with the proposed plans of the federal government in dealing with social programming for native people in Canada.

It comes as no surprise to us that these kinds of items are being discussed within the government. We know very clearly that the Nielsen report, which was tabled a few years back, was supposed to be shelved, and was commonly termed the "Buffalo Jump of the 1980s", is still being implemented by the federal government in relation to aboriginal people in Canada.

At present in Ontario we have approximately 130 First Nations. Because of Bill C-31 our population in this year and the preceeding two years has probably multiplied by at least 25%. We are talking about in excess of 100,000 citizens of our First Nations.

We, as people, are very diverse. We speak different languages and have different cultures, traditions, religions and laws. We have all these differences among ourselves, but by governments we are treated as one generic group. At all times we are asked as round individuals to fit into a square peg. Unfortunately we have not been able to do that.

In approximately the last six years we have gone through the First Ministers' Conferences where we have attempted to deal with political rights, the obligations assigned through treaties and the lands we ceded to the government within those agreements.

Unfortunately for the most part we are looked at as a tax burden to the Canadian public. Every day we see reports coming from the government. The Auditor

[Traduction]

**Le président:** Je comprends votre préoccupation. Je peux vous assurer que nous l'annexerons officiellement plus tard lorsque nous aurons le quorum pour le faire.

**Le chef Peters:** J'aimerais faire observer tout d'abord que nous avons eu des difficultés à nous frayer un chemin jusqu'à votre comité. Je ne sais pas si c'est un oubli de votre part ou ce qui a pu se passer. Les difficultés que nous éprouvons à nous faire entendre des comités dans le domaine de la santé ne sont pas propres à celui-ci mais reflètent une attitude générale en ce qui a trait à nos relations avec le gouvernement.

**Le président:** Chef Peters, nous en sommes au tout début de nos audiences et nous avons en fait des dizaines et des dizaines de personnes qui veulent nous parler. Il nous faudra faire un tri quant aux personnes que nous allons entendre. Nous sommes très heureux de vous avoir parmi nous aujourd'hui et de toute façon nous vous aurions entendu tôt ou tard.

**Le chef Peters:** J'ai déjà entendu cela auparavant.

**Le président:** Je pense que c'est vrai en ce qui concerne ce comité.

**Le chef Peters:** Je voudrais me référer à l'article qui a paru dans *l'Ottawa Citizen* ce matin au sujet des projets du gouvernement fédéral concernant les programmes sociaux instaurés à l'intention des autochtones au Canada.

Ce n'est pas une surprise pour nous d'apprendre que ce genre de chose fait l'objet de discussion au sein du gouvernement. Nous savons très bien que le rapport Nielsen, qui a été déposé il y a quelques années, doit être mis au rancart et que le programme du «saut du bison des années 1980» est toujours appliqué par le gouvernement fédéral aux peuples autochtones du Canada.

À l'heure actuelle, nous avons en Ontario environ 130 Premières nations. En raison du projet de loi C-31, notre population, cette année et les deux années qui ont précédé, a probablement augmenté de 25 p. 100. Nos Premières nations comptent plus de 100,000 citoyens.

Nos peuples sont très diversifiés. Nous parlons différentes langues et nous avons des cultures, des traditions, des religions et des lois différentes. Nous avons toutes ces différences entre nous, mais les gouvernements nous traitent comme une seule entité. Constamment, il nous est demandé d'entrer dans les petites cases prévues pour nous. Malheureusement, nous ne sommes pas parvenus à le faire.

Au cours des six dernières années environ, nous sommes passés par les conférences des premiers ministres au cours desquelles nous avons cherché à régler les questions des droits politiques, des obligations résultant des traités et des terres que nous avons cédées au gouvernement dans le cadre de ces accords.

Malheureusement, nous sommes considérés en grande partie comme un fardeau pour le contribuable canadien. Tous les jours, nous lisons des rapports émanant du



[Text]

General is saying that the massive amount of dollars needed to deal with Indian people cannot be achieved.

We live in Canada, a country with some of the highest health standards in the world. Canada helps Third World countries in arriving at new standards, and yet Third and Fourth World standards are still being applied to our people in Canada.

• 1000

We understand very clearly that even though we are looked at in that way, we still have a responsibility to provide those services to our people, and the federal government still has an obligation to provide those services to our leadership and to our communities, based on our traditional treaties that are there, our traditional agreements, and based on the fact that we are now part of the Canadian fabric and entrenched in the Canadian Constitution under section 35.

We have never relinquished the responsibilities we have as people in our right to take care of our own citizens. But the process that is entailed right now leaves us with no opportunity to take care of our own people, because we lack the resources. I will give you an example of what I am talking about in Ontario.

We are currently under a process called the 1924 Land Agreement, where any resources that are developed in our communities, 50% of the royalties derived from those products goes to the province and 50% goes to the federal government. The remainder of the royalties we receive, and that is what we develop on.

**The Chairman:** What percentage? Ontario gets 50%?

**Chief Peters:** Ontario gets 50%, and the federal government gets 50%.

**The Chairman:** And you get the remainder.

**Chief Peters:** Yes.

**The Chairman:** I see. I wanted to make sure I was clear on that one.

**Chief Peters:** Then we get into the area we deal with, and that is explicit funding from the federal government. We believe health is one of the aboriginal treaty rights we have from the ceding of our land to the federal government and the ceding of our resources and our inability to manage our own resources and our inability to have any of the royalties from those resources come back to our people.

When we start talking about the political rights, the economic rights, the social rights, the cultural rights that we have, it is very unfortunate in a country that protects human rights that none of the rights we talk about ever gets protected. We are pushed aside and we are asked to deal with these matters only in a programmatic sense.

[Translation]

gouvernement. Le vérificateur général déclare que l'on ne pourra jamais trouver la quantité de dollars nécessaire pour traiter avec les Indiens.

Nous vivons au Canada, un pays dont le niveau de santé est l'un des meilleurs du monde. Le Canada aide les pays du Tiers monde à adopter de nouvelles normes, et malgré cela on se sert encore au Canada de normes en vigueur dans ces pays du Tiers ou du Quart monde.

Nous comprenons parfaitement que même si on nous regarde de cette manière, nous avons la responsabilité de fournir ces services à notre population, et le gouvernement fédéral a l'obligation de fournir ces services à nos dirigeants et à nos collectivités, d'après nos traités traditionnels d'une part et le fait d'autre part que nous faisons dorénavant partie de la mosaïque canadienne et que nos droits sont enchassés dans la Constitution, en vertu de l'article 35.

Nous n'avons jamais renoncé aux responsabilités que nous avons en tant que peuple à s'occuper de nos propres citoyens. Toutefois, le processus qui est actuellement mis en place ne nous laisse pas la possibilité de nous occuper de notre population du fait que nous n'en avons pas les ressources. Je vous citerai un exemple valable en Ontario.

Nous sommes actuellement sous le coup de l'accord de 1924 sur les revendications territoriales en vertu duquel 50 p. 100 des redevances qui proviennent des ressources développées dans nos collectivités vont à la province et 50 p. 100 au gouvernement fédéral. Nous recevons le reste des redevances et c'est à partir de cela que nous nous développons.

**Le président:** De quel pourcentage parlez-vous? Vous avez dit que l'Ontario obtenait 50 p. 100, n'est-ce pas?

**Le chef Peters:** L'Ontario obtient 50 p. 100 et le gouvernement fédéral 50 p. 100 aussi.

**Le président:** Et vous obtenez le reste, n'est-ce pas?

**Le chef Peters:** En effet.

**Le président:** Très bien. Je voulais m'assurer de bien comprendre ce point.

**Le chef Peters:** Nous passons ensuite au domaine dont nous parlons, c'est-à-dire le financement du gouvernement fédéral. A notre avis, la santé est l'un des droits des traités des autochtones que nous avons suite à la cession de nos terres et de nos ressources, au gouvernement fédéral et à notre impuissance à gérer nos propres ressources et à obtenir des redevances de ces ressources pour notre population.

Lorsque nous commençons à parler des droits politiques, des droits économiques, des droits sociaux, des droits culturels que nous avons, il est vraiment malheureux que dans un pays qui protège les droits de la personne, aucun de ces droits dont nous parlons ne soit protégé. Nous sommes tout simplement mis de côté et on

[Texte]

We have no control over the mechanism that delivers; we have no control over the criteria that are established; we have no control over the dollars that are allocated to implement those processes. But yet, at this particular time, the federal government is talking about transferring those services to our communities.

There are no official health standards on our reserves. The province which has standards, the federal government asked us to meet those standards, yet they fund the program at this current rate which is below the provincial standards. They ask us now to take responsibility for those programs at a less dollar than they are actually putting into the program at this current time, and they are asking us to meet provincial standards, which they cannot do right now with the resources they put into the programs.

We are being asked to become the middleman in administering our own miseries to our own people. What Parliament has not been able to do morally is put a cap on funding our communities, which they are now asking our chiefs and council and transfer programs to do. They are asking us to separate, to pay the mandatory services, and to do that in relation to a less dollar that is available to us so we become the people who share the responsibility for not being able to provide the services in our own communities.

That is the major problem that we face constantly. We have never had the opportunity to be able to meet any kinds of standards in our community which we have devised ourselves. The data we use and the data that is attached to our brief this morning—our medical services data for the Ontario region—talks about infant mortality rates and suicide rates, to the point where we are talking 400 or 500 times the level of Ontario, and in particular communities over 1,000 times the provincial rate for suicides.

Those things can be directly attributed to the kinds of conditions we live in. Housing, the infrastructure, the environment, all these things contribute to the way the population of our people is exposed to diseases: exposed to diseases because we do not have the ability to look after our own citizens.

• 1005

I guess the most unfortunate part we deal with is the fact that in the last five or six years this new buzz word is going around called Indian self-government. It has been very easy for the provinces and the federal government to come forward and say that they are going to talk about self-government and transfer this authority to us. You take care of your people. Nothing gets transferred with that.

[Traduction]

nous demande de traiter de ces questions uniquement du point de vue de la préparation des programmes.

Nous n'avons aucun contrôle sur le mécanisme, sur les critères ou bien même sur les fonds qui sont affectés pour mettre en application ces programmes. Et pourtant, aujourd'hui encore, le gouvernement fédéral parle du transfert de ces services à nos collectivités.

Il n'existe aucune norme officielle de santé dans nos réserves. La province a ses normes et le gouvernement fédéral nous demande de les respecter, et pourtant il finance le programme au taux actuel qui est bien inférieur aux normes provinciales. Il nous demande maintenant d'être responsables de ces programmes pour un montant moindre que celui qu'il investit dans le programme, il nous demande également de respecter les normes provinciales, ce qu'il ne peut faire avec les ressources qu'il a investies dans ces programmes.

On nous demande de jouer les intermédiaires dans l'administration de nos propres souffrances à notre population. Ce que le Parlement n'a pas été en mesure de faire sur le plan moral, c'est-à-dire imposer un plafond au financement de nos collectivités, il le demande aujourd'hui à nos chefs et conseils de même qu'aux programmes de transfert. Il nous demande de faire une distinction, de payer pour les services obligatoires et de le faire avec moins de fonds, pour que nous partagions ainsi la responsabilité de ne pas être en mesure de fournir les services dans nos propres collectivités.

Tel est le gros problème que nous devons constamment résoudre. Nous n'avons jamais eu la possibilité de faire face à certaines normes dans nos collectivités, normes que nous aurions élaborées nous-mêmes. Les données que nous utilisons et celles qui sont annexées à notre mémoire—les données sur nos services médicaux pour la région de l'Ontario—mentionnent des taux de mortalité chez les nourrissons et des taux de suicides de 400 à 500 fois supérieurs à ceux de l'Ontario, et dans certaines collectivités plus de 1,000 fois supérieurs au taux de suicides provincial.

Ces choses peuvent être directement attribuées aux conditions dans lesquelles nous vivons. Les logements, l'infrastructure, l'environnement, toutes ces choses sont autant de facteurs qui expliquent la situation dans laquelle se trouve notre peuple qui est exposé à des maladies parce que nous n'avons pas la possibilité de nous occuper de nos propres citoyens.

Je crois que l'élément le plus regrettable est le fait qu'au cours des cinq ou six dernières années on a cessé d'entendre ce nouveau mot à la mode, soit «autonomie». Il est facile pour les provinces et le gouvernement fédéral de dire qu'ils vont parler de «d'autonomie» et nous transférer ces pouvoirs. Ils se contentent de nous dire qu'il va nous falloir dorénavant nous occuper de notre population, mais aucun transfert n'a lieu.



*[Text]*

If we are talking about devolution or transfer, let us transfer everything. Let us not just simply transfer the problem and ask us to deal with it. Let us transfer resources, management and jurisdiction. Let us deal with it.

It has been very clear in the Canadian system that what has been proposed for the last 43 years is a joint effort between National Health and Welfare and Indian Affairs. Those standards have not been attainable and problems continue to rise in our communities. That is very clear. It is very clear from your Auditor General's report that the ability of Indian Affairs and National Health and Welfare to handle any programs to meet the needs in our communities is inadequate.

We meet with the health people. We have limited access to the minister, Mr. Epp. We are forced to deal with the bureaucratic system and the answer we get to all our concerns every time we put them on the table is that since 1978 and 1979 there has been over a 400% increase in health services to Indian people. What they failed to tell you about the 400% is that from 1972 to 1978 we were paying for our health services in our communities.

The federal obligation to take over that responsibility came in 1979 when means testing was eliminated because Indian leadership at that time fought for two things. Because you have a certain rate of income, it does not mean that you are no longer an Indian and because you do not live in a community does not mean that you are no longer an Indian. Under the treaties and aboriginal rights, you are guaranteed that you can exercise that right. It does not matter where you are, what you are doing, your rate of income or how long you sit in the shade. It is not going to change the fact that you are an Indian. Those rights are yours and the obligation is there on the part of the government to provide those services.

Today we go through the same thing. Programs are being capped and cut and, at the time those things are happening, we have more people in our community than we have ever had. We have more people accessing the services because we are now providing those services in our community and people are coming to us directly. The service is coming directly from our own people and more people can access it. They will utilize it like they never have before.

Many of the programs that become part of the responsibility of the federal government are very inconsistent. We have community health representatives. That program was never meant to be a program that would in any way say to the government that we intended to eliminate trained people in a regular program in our communities. The CHRs, who are not in every

*[Translation]*

Si nous parlons de décentralisation et de transfert, dans ce cas que l'on transfère tout. Ne nous contentons pas de transférer simplement les problèmes et ne nous demandez pas de les régler. Transférons également les ressources, l'administration et les pouvoirs.

Il apparaît très clairement dans le système canadien que ce que l'on a proposé au cours des 43 dernières années est un effort commun entre Santé et Bien-être social et Affaires indiennes. Il n'a pu être possible de respecter ces normes et les problèmes ne cessent de voir le jour dans nos collectivités. Si l'on en croit le rapport de votre vérificateur général, les Affaires indiennes et Santé et Bien-être social ne sont pas capables de gérer des programmes pour répondre aux besoins de nos collectivités.

Nous rencontrons sans arrêt des responsables du ministère de la Santé. Nous avons un accès limité au ministre, M. Epp. Nous sommes donc dans l'obligation de traiter avec des bureaucrates et tout ce que nous nous entendons dire à chaque fois que nous déposons nos problèmes sur la table depuis 1978 et 1979, est qu'il y a eu une augmentation de l'ordre de 400 p. 100 des services de santé aux Indiens. Ce que l'on ne vous a toutefois pas dit à propos de ce chiffre de 400 p. 100 est qu'entre 1972 et 1978, nous assumions les frais de nos services de santé dans nos collectivités.

L'obligation fédérale de prendre en charge cette responsabilité s'est faite en 1979 lorsque l'on a éliminé les enquêtes sur les ressources financières du fait que les chefs indiens à cette époque luttaient pour obtenir deux choses. Ce n'est pas parce que vous avez un certain revenu que cela signifie automatiquement que vous n'êtes plus un Indien; d'autre part, ce n'est pas parce que vous ne viviez plus dans une collectivité que cela signifie que vous n'êtes plus un Indien. En vertu des traités et des droits des autochtones, vous avez la garantie de pouvoir exercer ce droit. Peu importe où vous vous trouvez, ce que vous faites, votre revenu, et cetera. Cela ne va pas changer le fait que vous êtes un Indien. Ces droits sont vôtres et le gouvernement a bien l'obligation de fournir ces services.

Nous connaissons de nouveau aujourd'hui ce même genre de choses. En effet, des plafonds sont imposés aux programmes, certaines réductions sont effectuées alors qu'aujourd'hui nous comptons plus de personnes que jamais dans nos collectivités. Ainsi, il y a un nombre plus grand de personnes qui veulent se prévaloir des services puisque nous assurons désormais la prestation de ces services dans nos collectivités, donc ces personnes viennent nous voir directement. Il va donc de soi que ces personnes vont faire appel à ces services bien plus qu'auparavant.

Nombre des programmes qui sont du ressort du gouvernement fédéral sont vraiment incohérents. Nous avons des représentants de la santé des collectivités. Il n'a jamais été question que ce programme en soit un qui d'une façon ou d'une autre permettrait de dire au gouvernement que nous avions l'intention de supprimer les personnes ayant suivi une formation d'un programme

## [Texte]

community—I think we lack something like 43 out of 130 in Ontario—are expected to be miracle workers. They are expected to provide almost every service available.

The training we could supply our own people previous to last year when we started the new program and took over our own training was about a six-week training program. We instituted these community health people into our reserves and they told us to take over everything before us. We were to deal with environment, transportation and neo-natal: every aspect, totally untrained.

We battle constantly with the federal government for trained people, more dollars to train, more programs and nurses' entry programs so that we can train people for our communities. At the same time we see the government recruiting nurses from foreign countries. Last year they spent \$200,000 recruiting nurses to come to Canada. Those nurses, who are unlicensed in Canada, practise in our communities. At the same time we go after dental therapists. We cannot use dental therapists in our communities because they are unlicensed.

• 1010

What is good for the federal government when they claim jurisdiction in our community, and put unlicensed nurses in our community, is not the same thing when we want dental therapists in our community.

The contradictions are amazing in the way programs are implemented in our communities. Those who have, have. Those who do not have, do not have. You talk about the transfer. If you do not have it right now, what is to transfer? You have nothing to transfer, so the process does not work.

In Ontario right now we only have approximately one-third of our people who are even discussing the transfer, when nationally you have a very high rate of people who are interested in the transfer process. We have gone through that already in different areas, and we understand that we have to make and meet our basic community needs.

This morning I was very interested in the discussions that went on before us. You talk about geriatrics; you talk about a lot of long-range planning. Unfortunately we do not even come close to those areas. Our people do not survive long enough to need those kind of facilities.

We do not have the ability to plan. We do not have the ability to talk about hospitals, because last year when programs were suspended, our programs were the first to

## [Traduction]

régulier dans nos collectivités. On attend de ces représentants, et il est bon de préciser qu'il n'y en a pas dans toutes les collectivités, en fait je crois qu'il nous en manque 43 sur 130 en Ontario, qu'ils fassent des miracles. On s'attend à ce qu'ils fournissent presque tous les services disponibles.

Lorsque nous avons lancé le nouveau programme et que nous avons pris la responsabilité de notre propre formation de notre population, l'année dernière, nous ne pouvions assurer qu'un programme de formation de six semaines. Nous avons investi ces représentants de responsabilité dans nos réserves et ils nous ont dit de nous occuper de tout, soit de l'environnement, des transports, des soins néonataux, enfin de tout, malgré le manque total de formation.

Nous luttons constamment avec le gouvernement fédéral pour obtenir des personnes formées, davantage de fonds qui seraient destinés à l'information, davantage de programmes de formation des infirmières afin que nous puissions former des personnes dans nos collectivités. Pendant ce temps, le gouvernement recrute des infirmières et infirmiers d'autres pays. L'année dernière, ils ont dépensé quelque 200,000\$ pour recruter des infirmières et les faire venir au Canada. Ces personnes, qui ne sont pas agréées au Canada, travaillent néanmoins dans nos collectivités. Par contre, nous recherchons des thérapeutes dentistes. Nous ne pouvons pas en utiliser dans nos collectivités parce qu'ils ne sont pas agréés.

Ce qui est bon pour le gouvernement fédéral lorsqu'il veut avoir compétence dans notre collectivité et qu'il impose des infirmiers et infirmières non agréés dans notre collectivité, ne l'est pas par contre lorsque nous voulons des dentistes.

Les contradictions sont aberrantes dans la façon dont les programmes sont mis en application dans nos collectivités. Ceux qui sont nantis sont bien. Quant aux démunis, n'en parlons pas. On ne cesse de parler de transfert, mais si vous n'avez rien à transférer, que signifie ce mot «transfert»?

En Ontario, en ce moment, environ un tiers seulement de notre population discute du transfert, alors qu'au niveau national un pourcentage très élevé de personnes sont intéressées par ce transfert. Nous en avons déjà parlé dans différents domaines, et nous croyons savoir qu'il va nous falloir fixer et respecter les besoins fondamentaux de nos collectivités.

J'ai été particulièrement intéressé par les discussions de ce matin. Vous avez parlé de gériatrie et également assez longtemps de planification à long terme. Malheureusement, nous sommes bien loin de cela dans ces domaines. Notre population ne vivra pas assez longtemps pour avoir besoin de ces installations.

Nous n'avons pas la capacité de planifier. Nous n'avons pas la capacité de parler des hôpitaux, car l'année dernière, lorsque des programmes ont été suspendus, ce



[Text]

be suspended. Our hospitals and our communities were the first ones to stop. Our transportation was the first one to go, because of a restraint policy.

Yet we are told constantly that there is a dramatic increase in our funding for these areas. It has not happened, and we are constantly hammering the fact that we lack funds to be able to do and meet those needs which are identified to us.

It is not a question of whether or not we possess certain treaty rights, or whether or not we have benefits that are supposed to be derived. It is a question of how we do it. It is a jurisdictional question that comes up all the time. Do we have the right in our own communities to make decisions for our own people, to take care of our own people?

Right now we are being told, no. You do not have that right, but we will transfer this program to you, and you manage the best you can, because you are not getting any more resources. You better find a way to do more with less money, or else do not talk to us about self-government.

It is very difficult for us in our communities right now even to talk about standards. We look at the United Nations and world health standards, and we are constantly put in the position where we go to the international forums and we say to Canada, practise what you say. Give us the opportunity. You can tell the rest of the world, and you can develop other countries. Develop your own country. You do not need to go to any other place to see the kind of misery that surrounds Third World development. Look into your own areas.

They talk about the escalating costs. Well, we are now pumping into the economy of Indians \$2.9 billion, which we believe—if we continue at the rate we are going—will be approximately \$3.8 billion by the year 1990.

But at the same time through the provisions of the Indian Act that are there in the reinstatement, our population is increasing by 25% or 30%, and it has done so in the last 2 years. But there is nothing dramatic the government has done to affect all those people who have come into our community.

**The Chairman:** What was that figure? An increase of 25% per year, or over what length of time?

**Chief Peters:** The first figures I quoted were the amount of dollars the federal government—

**The Chairman:** That was \$2.9 billion.

[Translation]

sont les nôtres qui ont été les premiers à l'être. Nos hôpitaux et nos collectivités ont été les premiers à en subir les conséquences. A cause d'une politique de restriction, ce sont nos transports qui ont été les premiers à souffrir.

Et pourtant, on nous dit sans cesse que dans ce secteur il y a une forte augmentation du financement. Cela ne s'est pas produit et nous répétons à tue-tête que nous n'avons pas les fonds nécessaires pour respecter les besoins que l'on a circonscrit pour nous.

Il ne s'agit pas de savoir si nous possédons certains droits en vertu de traités ou bien si nous avons des avantages qui sont censés en émaner. Il s'agit plutôt de savoir comment nous allons nous y prendre. Il s'agit d'une question de compétence qui revient sans arrêt à la surface. Avons-nous le droit dans nos collectivités de prendre des décisions pour notre population, de prendre soin de notre peuple?

Aujourd'hui, on nous dit que non. Nous n'avons pas ce droit mais on nous transférera néanmoins ce programme, que nous gérerons du mieux possible, parce que nous n'obtiendrons aucune ressource supplémentaire. On nous dit d'autre part que nous ferions mieux d'en faire davantage avec moins d'argent, sinon il ne servira à rien de parler d'autonomie.

Il nous est extrêmement difficile, dans nos collectivités, de parler ne serait-ce que des normes. Nous étudions les normes de santé des Nations unies et celles en vigueur dans le monde entier, et nous nous retrouvons constamment amenés à dire au Canada: devant des tribunes internationales mettez donc en pratique ce que vous prêchez. Donnez-nous donc la possibilité de le faire. C'est bien beau que de dire au monde de faire certaines choses et de vouloir se fixer certaines normes mondiales, mais il serait bon de commencer par notre pays. Il n'est pas nécessaire d'aller bien loin pour voir le genre de souffrance dont sont victimes les pays du Tiers monde. Regardez donc chez vous ce qui s'y passe.

On ne cesse de parler d'augmentation des coûts. Ma foi, nous pompons actuellement dans l'économie des Indiens quelque 2,9 milliards de dollars, ce qui se transformera, au taux actuel, en 3,8 milliards de dollars d'ici 1990.

D'autre part, dans le cadre des dispositions de la Loi sur les Indiens sur la réinstallation, notre population augmente de 25 p. 100 ou 30 p. 100, et ce depuis les deux dernières années. Toutefois, le gouvernement n'a rien fait de notable pour toutes ces personnes qui sont venues dans notre collectivité.

**Le président:** Quel est donc le chiffre que vous venez de citer? Vous avez parlé d'une augmentation de 25 p. 100 par an, ou bien sur quelle période?

**Le chef Peters:** Les premiers chiffres que j'ai cités sont ceux des sommes que le gouvernement fédéral. . .

**Le président:** Vous avez parlé de 2,9 milliards de dollars.

*[Texte]*

**Chief Peters:** We are dealing with a budget of about \$2.9 billion right now.

**The Chairman:** Annually?

**Chief Peters:** Annually.

**The Chairman:** And what is the annual increase in population?

**Chief Peters:** Right now, we have a very high rate of increase in our communities. Directly related to Bill C-31 and the provisions of Bill C-31, our populations will increase by over 25%, within probably a 5-year phase.

**The Chairman:** From now?

**Chief Peters:** It started two years ago, and by the time we hit the year 1990 it will increase by 25% to 30%. There are no provisions to deal with that. There are monetary provisions now to deal with the reinstatement over a 5-year period, but that ends in 1989-90, and there are no provisions right now to build into the A base any other substantial increase that would help us carry the load we are now required to do.

• 1015

I guess beyond that, for the most part we are put in such a position that we have few choices in what we accept and what we do not accept. If there is a problem you have to meet it. You do not have the luxury of being able to negotiate with the government and telling them that you want to establish this criteria, want these things to happen in communities, want to be able to do this in the community or have long-range plans you want to implement. You do not have that luxury because people are dying. There are suicides every day. You have to take what is before you and at least try to address the ongoing problems every day in our communities.

When we take those dollars to address those problems, the federal government calls it transfer. They call it self-government and consent on our part to have federal and provincial jurisdiction override in our communities.

It is done because we have no alternative. We have absolutely no alternative in Ontario. There is nowhere to turn. Who do we turn to to resolve our grievances?

We had our CHRs go to the Human Rights Commission because of the inadequate level of salary they were receiving. The Human Rights Commission made a statement that there are two categories of people who work in our communities. People who work for our bands are community health representatives and we have community health representatives who are employees of the federal government. They are still Indian people and are working for our community in the same job.

When the Human Rights made their decision and said that the level of funding for CHRs was inadequate, the

*[Traduction]*

**Le chef Peters:** Nous avons un budget d'environ 2,9 milliards de dollars actuellement.

**Le président:** S'agit-il d'un budget annuel?

**Le chef Peters:** En effet.

**Le président:** Quelle est l'augmentation annuelle de la population?

**Le chef Peters:** Actuellement, nous avons un taux d'augmentation élevé dans nos collectivités. Notre population augmentera de plus de 25 p. 100 au cours d'une période de cinq ans probablement.

**Le président:** À compter d'aujourd'hui?

**Le chef Peters:** Non, à compter d'il y a deux ans. En 1990, cette augmentation sera de 25 p. 100 à 30 p. 100. Il n'y a aucune disposition pour faire face à cette augmentation de la population. Il existe des dispositions monétaires pour faire face à la réinstallation sur une période de cinq ans, mais elles prennent fin en 1989-1990, et il n'existe actuellement aucune disposition prévoyant d'autres augmentations importantes des fonds qui nous permettraient de faire face à nos charges.

Je crois que la plupart du temps nous sommes dans une position telle que nous n'avons pas vraiment le choix d'accepter ou de ne pas accepter certaines choses. Si un problème surgit, il faut y faire face. Nous n'avons pas le luxe de pouvoir négocier avec le gouvernement et de lui dire que nous voulons arrêter tel ou tel critère, que telle ou telle chose se passe dans nos collectivités, ou bien avoir tel ou tel plan à long terme. Nous n'avons pas ce luxe car des membres de notre peuple meurent. Nous sommes tous les jours confrontés à des cas de suicides. Nous devons donc nous attaquer aux problèmes qui sont devant nous et essayer de régler ces problèmes quotidiens.

Lorsque nous prenons ces fonds pour régler les problèmes dont je viens de parler, le gouvernement fédéral parle alors de transferts. Il appelle cela autonomie et acceptation par nous du pouvoir supérieur fédéral et provincial dans nos collectivités.

Nous n'avons vraiment aucune autre solution en Ontario. Nous ne pouvons nous tourner nulle part. Vers qui donc pouvons-nous nous tourner pour régler nos griefs?

Nos représentants de la santé sont allés devant la Commission des droits de la personne pour se plaindre des salaires inadéquats qu'ils recevaient. La Commission a déclaré qu'il y a deux catégories de personnes qui travaillent dans nos collectivités, celles qui travaillent pour nos bandes sont des représentants de la santé des collectivités, et nous avons de tels représentants qui sont des employés du gouvernement fédéral. Ce sont des Indiens qui travaillent pour notre collectivité et qui font le même travail.

Lorsque la Commission a déclaré que les fonds débloqués pour les représentants étaient inadéquats, le



[Text]

federal government turned around and promptly raised the salaries of federal employees, but did not do it for the band employees. We immediately had another contradiction and inconsistency in approach. We have two people doing the same job. One is funded based on federal government salaries and one is funded at a community-level salary. There is no way to effect the increase.

This year we had 2.5% as a cost-of-living increase. When we look at the communities we deal with around us, the cities, the towns and municipalities, people are doing the same job. The cost of living increase for those people was 5.5%, but we only got 2.5% in our communities.

Those are the kinds of problems we face every day. It is very difficult for us to be able to get people who want to work in our system. We do not have any guarantees. The funding is annually based; it comes every fiscal year. You may get it this year, but you may not get it next year.

How do we get and train qualified professional people to stay and work in our community so that we can at least attempt to deal with some kind of health standards when we have no guarantees to offer them?

We constantly train people for the government. We train them and put them in the field. They work in our communities. They know the problems and deal with the problems, but two years later they are gone. We have approximately a 50% turnover in our people.

Who benefits? The government is benefiting now. They call for an Affirmative Action Program to have greater numbers of native people employed in the government. To us it is total robbery because we do not have the human resources to do the things we want to do now. An Affirmative Action Program from the federal government simply takes the best people we have out of our communities and puts them into a government that we are fighting every day on a constant basis. We end up fighting our own people who are employed by the government trying to get the very services that they know do not exist because they have already worked there.

Those are the problems we face. Because we take on those responsibilities in our communities, any failure to make demands in our community rests with our Indian leadership. Gradually the federal government is beginning to divest itself of any responsibility in those areas and slowly turning a lot of those things over to the provinces.

We strongly disagree with that. We are committed to the fact that the treaties we signed and the agreements we

[Translation]

gouvernement fédéral a fait volte-face et a sans plus attendre augmenté le salaire des employés fédéraux, mais n'en a pas fait de même pour les employés des bandes. Nous nous sommes donc une fois de plus retrouvés devant une contradiction et une certaine incohérence. Nous avons donc deux personnes qui font le même travail, une étant rémunérée par le gouvernement fédéral et l'autre à partir d'un salaire de la collectivité. Il n'y a aucun moyen de verser l'augmentation.

Cette année, nous avons reçu une indemnité de coût de la vie de 2.5 p. 100. Lorsque nous regardons les collectivités avec lesquelles nous traitons, les villes, les villages et les municipalités, ainsi que les personnes qui font le même travail que le nôtre, nous nous apercevons que cette indemnité a été de 5.5 p. 100.

Voilà le genre de problèmes auxquels nous faisons face tous les jours. Il nous est très difficile de trouver des personnes désireuses de travailler au sein de notre système. Nous n'avons aucune garantie. Le financement est calculé sur une base annuelle et nous est versé chaque année financière. Peut-être l'obtiendrez-vous cette année, mais peut-être ne l'obtiendrez-vous pas l'année prochaine.

Comment pouvons-nous donc trouver et former des spécialistes qui resteraient travailler dans notre collectivité, ce qui nous permettrait d'essayer tout au moins de respecter certaines normes de santé, alors que nous n'avons aucune garantie à leur offrir?

Nous formons constamment des personnes pour le gouvernement. Nous les formons puis nous les mettons sur le terrain. Ces personnes travaillent en effet dans nos collectivités. Elles n'ignorent rien des problèmes, mais deux ans plus tard elles disparaissent dans la nature. Nous avons un taux de roulement de 50 p. 100 environ.

Qui donc en tire des profits? Aujourd'hui, c'est le gouvernement. Il demande la mise en place d'un programme d'action positive destiné à faire embaucher davantage d'autochtones au sein du gouvernement. Pour nous, il s'agit ni plus ni moins d'un vol puisque nous n'avons pas les ressources humaines nécessaires pour faire ce que nous voulons faire aujourd'hui. Un tel programme vient tout simplement nous retirer nos meilleurs éléments pour les faire aller dans un service gouvernemental contre lequel nous luttons constamment et tous les jours. Nous finissons ainsi par nous battre contre nos propres membres employés par le gouvernement pour essayer d'obtenir les services qui n'existent pas, et cela ils le savent pertinemment puisqu'ils ont déjà été de l'autre côté de la barrière.

Voilà les problèmes auxquels nous sommes confrontés. Puisque nous assumons ces responsabilités dans nos collectivités, tout échec en ce qui a trait à des demandes dans notre collectivité est imputé à nos dirigeants. Le gouvernement fédéral commence par se décharger graduellement de ses responsabilités dans ces domaines et les remet petit à petit entre les mains des provinces.

Nous nous y opposons fortement. Nous avançons en effet que les traités que nous avons signés et les ententes

**[Texte]**

have must mean something. Why were we put into the Constitution of Canada if those agreements mean nothing?

• 1020

Why do we have secret documents issued by the bureaucracy within Indian Affairs saying: diminish rights, diminish rights, diminish rights, every day? Why do we go into the court systems every day in litigation and have no way to affect what happens to the Constitution of Canada?

We have to ask ourselves these questions all the time. Why are we treated differently? If you want us to be part of the Canadian fabric and you want us to be functioning, fully productive people within the system, give us the same opportunity that everybody else gets to be a functioning part of society. Give us that opportunity, as well. That is all we are asking for.

We are not placing exorbitant demands on the government. We are not demanding special enclaves of jurisdiction within Canada that are solely run by Indian people. We are simply asking for a fair share of our resources that have gone into this country, that have developed this country.

We are asking people to look at us and deal with us with pride and dignity, and give us the opportunity to deal with pride and dignity, so that we can look at each other in the face as leaders and say: yes, we have done the best we can do to have a quality of life in Canada that is equal to everyone else's. I do not think that is too much to ask. I do not think it is too much to ask that our children have the opportunity to be able to do those things.

I do not want right now to get too much further into this kind of dialogue. I do not think that kind of dialogue, as a presentation, benefits either one of us. It is a frustration on my part that I have to sound out because I know it and I live it and I am there every day dealing with it. I just want you to understand that it is frustration lashing out because I see the problems we face. I think we can sit down and I think we can discuss things and come up with some very concrete solutions to where we have to go.

**The Chairman:** Thank you very much, Chief Peters. So far it has been a monologue, not a dialogue, but I think we can get a dialogue going here. We will start with Mr. White who, although he is not from Ontario, I think has had a lot more connection with native peoples than many of us in Ontario have.

**Mr. White:** Thanks very much, Chief Peters. I could see the frustration in your comments right from the beginning. You did not have to mention it at the end. I was quite aware as you were speaking, and your concerns are very valid.

**[Traduction]**

que nous avons ont une certaine signification. Pourquoi donc avons-nous été inscrits dans la constitution du Canada si ces accords ne veulent rien dire?

Pourquoi donc avons-nous des documents secrets émis par des bureaucrates des affaires indiennes selon lesquels il faut diminuer les droits? Pourquoi donc devons-nous aller devant les tribunaux tous les jours sans pour autant avoir une influence quelconque sur la Constitution du Canada?

Nous nous posons ces questions tous les jours. Pourquoi donc nous traite-t-on différemment? Si vous voulez que nous fassions partie de la mosaïque canadienne et si vous voulez que nous soyions un peuple productif au sein du système, donnez-nous donc les mêmes possibilités qu'aux autres de faire partie de la société. C'est tout ce que nous demandons.

Nous n'exigeons rien d'exorbitant du gouvernement. Nous ne demandons pas des champs de compétence spéciaux au Canada uniquement pour les Indiens. Nous demandons tout simplement une part équitable de nos ressources qui ont permis le développement de ce pays.

Nous demandons que l'on traite avec nous avec fierté et dignité et que l'on nous donne la possibilité de faire de même, pour qu'ainsi nous puissions nous regarder les yeux dans les yeux en tant que chefs et dire: oui, nous avons fait tout ce que nous pouvions pour avoir une qualité de la vie au Canada égale à celle de tous les autres. Je ne crois pas que ce soit trop demander. Je ne pense pas que ce soit une exigence beaucoup trop grande que de demander que nos enfants aient la possibilité de faire ces choses-là.

Je ne tiens pas pour le moment à entrer davantage dans ce genre de dialogue. Je ne crois pas que ce genre de dialogue serait avantageux pour vous ou pour nous. Je voulais tout simplement faire part de mes déceptions car je les vis tous les jours. Je voudrais tout simplement que vous compreniez bien que ce sentiment de frustration que j'éprouve trouve son origine dans les problèmes auxquels nous sommes constamment confrontés. Je crois que nous pouvons nous asseoir et discuter de toutes ces choses-là et en venir à des solutions concrètes.

**Le président:** Merci beaucoup, chef Peters. Nous avons eu droit, jusqu'à présent, à un monologue, et non pas à un dialogue, mais je pense que nous pouvons maintenant avoir un dialogue. Nous allons donc commencer par entendre M. White qui, même s'il ne vient pas de l'Ontario, a beaucoup plus traité avec les autochtones que la plupart d'entre nous en Ontario.

**M. White:** Merci beaucoup, chef Peters. J'ai parfaitement ressenti votre sentiment de frustration dès le début de vos observations. Il n'était pas nécessaire de le préciser à la fin de votre exposé. Je m'en suis tout de suite aperçu et sachez que le sentiment que vous éprouvez est parfaitement valide.



## [Text]

I am not going to be your so-called patronizing white man here either, because I think you hear enough of that. I want to have an honest and frank discussion on some of the serious concerns you raise, because they are serious.

In your initial comments you mentioned an article in the paper this morning. I read that article this morning, as well. I want to caution you, first of all: please, do not judge this government's or my personal commitment to social policy for our natives by a newspaper article, because this happens all the time. There may be articles and studies done by bureaucrats or wherever these things may come from. There has been no discussion by government members on any cut-backs like that. I want to assure you that it is not in my own mind and from what I know, it is not based on any fact, and certainly would not be supported by me and most of my colleagues. I want to assure you of that.

You also mentioned the Nielsen Report. The group that appeared previous to you talked about political will. I think political will has to be involved with putting all the options on the table. It is easy to hide all the options and to hide things, but I think if nothing else the Nielsen Report at least put all the cards on the table, and was a starting point. I do not support much of what was in that report, either.

As the Chairman mentioned, probably 15% to 20% of my constituents are status Indians in Manitoba: 8 bands ranging from a very small reserve to a reserve of well over 2,000 people. So I am well aware of the conditions. I do not have to take your word for it; I have been on the reserves and I know exactly what you speak of by knowing these people and visiting them and spending a lot of time with them.

I have had many of the native leaders in Manitoba tell me—here I am talking about the regional office in Manitoba because that is the one I am most familiar with—that the status Indians in Manitoba would be far better off, would have more services and more funding accessible, if they shut down the regional office in Winnipeg, paid all the employees and sent them home, and did nothing. The natives in Manitoba would be better off, meaning that the interference and the bureaucracy tends to hurt more than help the natives in Manitoba.

## [Translation]

Je ne vais pas adopter l'attitude de l'homme blanc qui parle d'un ton condescendant que vous rencontrez bien souvent. Je veux avoir une discussion franche et honnête sur certaines des graves préoccupations qui vous habitent.

Dans vos premières observations vous avez fait allusion à un article paru dans le journal de ce matin, que j'ai lu par ailleurs. Je voudrais tout d'abord vous mettre en garde de ne pas juger à prime abord l'engagement de ce gouvernement ou bien le mien envers la politique sociale pour nos autochtones, d'après un article de journal, car cela se produit tout le temps. Il se peut qu'il y ait des articles et des études de bureaucrates ou par je ne sais trop qui. Il n'y a eu aucune discussion de la part de membres du gouvernement sur des compressions de ce genre. Je tiens à vous assurer qu'à ma connaissance cela ne repose sur aucun fait, et que cela ne serait en aucun cas appuyé ni par moi ni par la plupart de mes collègues. Je tiens à le répéter.

Vous avez également mentionné le rapport Nielsen. Le groupe qui s'est présenté avant vous a parlé de la volonté politique. Je crois que lorsque l'on parle de volonté politique il faut mettre toutes les options sur la table. Il est facile de cacher toutes les options ainsi que certaines choses, mais je crois que l'on peut dire que le rapport Nielsen met au moins toutes les cartes sur la table, et c'est là un point de départ. Je n'appuie pas non plus la plupart de choses qui ont été écrites dans ce rapport.

Le président a indiqué un peu plus tôt qu'environ 15 p. 100 à 20 p. 100 de mes contribuables sont des Indiens inscrits au Manitoba: huit bandes allant d'une toute petite réserve à une réserve de plus de 2000 personnes. Je suis donc parfaitement au courant des conditions qui prévalent. Je suis allé moi-même dans les réserves et je sais très bien de quoi vous parlez puisque je connais ces personnes, que je leur ai rendu visite et que j'ai passé beaucoup de temps avec elles.

J'ai rencontré un grand nombre de dirigeants autochtones au Manitoba qui m'ont dit—je parle ici du bureau régional du Manitoba car c'est celui que je connais le mieux—que les Indiens inscrits au Manitoba s'en sortiraient mieux, auraient beaucoup plus de services et davantage accès à des fonds, s'ils fermaient le bureau régional de Winnipeg, versaient un salaire à tous les employés et les renvoieraient chez eux, à ne rien faire. Les autochtones du Manitoba s'en sortiraient mieux, ce qui veut dire que l'ingérence et les bureaucrates font plus de mal que de bien aux autochtones du Manitoba.

What concerns me is that you talk about programs being cut. The information I get is that there have been no cuts as far as Treasury Board is concerned. Any cuts are within the department at the regional level. As a policymaker and a politician my concern is that our policies, developed through legislation and through Treasury Board, are obviously not getting out to the status

Ce qui m'inquiète le plus, c'est le fait que vous ayez parlé de compression de programmes. Des renseignements que j'ai m'indiquent qu'il n'y a eu aucune compression en ce qui a trait au Conseil du Trésor. Des compressions au sein du ministère au niveau régional. En tant que responsable et politicien, je m'inquiète du fait que nos orientations, arrêtées dans le cadre de textes de lois par

[Texte]

Indian on the reserve. Is the problem in the regional offices?

My comments are turning into a monologue as well, but I wanted to get your reaction as to whether or not our major problem is in the regional office. Is it a bureaucracy that has become so large that it has lost its sense of purpose, and our—or my—commitment to native issues is not getting through to the Indian on the reserve?

**The Chairman:** I think two monologues equal a dialogue.

**Chief Peters:** To begin with, let me respond to the first part of your statement. As you know, last year we went through the last of the formally scheduled constitutional conferences; at the end of the conference, the Prime Minister said those least able to pay would pay. That was us. That was the closing remark the Prime Minister made last year at the First Ministers' conference. He directed the remarks to the aboriginal people at the end of the table.

Now we go through and you ask me a question on whether or not I believe the allocation level by Treasury Board and whether or not it is a bureaucracy in the regional problem that exists. To begin with, when we deal with Treasury Board, certainly there has been an increase in a lot of areas of funding. What we are seeing is the "catch-up". You look back and you start examining things and saying: programs got capped in 1984; but there were no funding increases in 1984.

When those increases start coming out they looked like large increases in some particular areas. They are not. Even in 1984, the level of funding was inadequate to be able to deal with the problem. Then you go for a three- or four-year period without any increases in dealing with that. Couple that with the fact that we have more people now to deal with, and any increase we get now has absolutely no way to affect the backlog of problems we have in the community.

The infrastructure problems that we have with the environment, for example: the current policy right now is that we cannot meet the backlog so let us just try to deal with the new formation of families in the community. Let us try to deal with what is presently coming about in the community, not even touching what has happened in the past.

As far as the bureaucracy is concerned, we dealt with trying to establish in the late 1970s—which was the last time we had the official tally done—the actual dollars that were getting to our communities. In terms of our \$1 being

[Traduction]

l'intermédiaire du Conseil du Trésor, ne s'appliquent pas, de toute évidence, aux Indiens inscrits dans les réserves. Le problème se trouve-t-il dans les bureaux régionaux?

J'ai l'impression que moi aussi je fais un monologue, mais je voulais obtenir votre réaction afin de savoir si notre problème principal se trouve au bureau régional. Nous trouvons-nous aujourd'hui devant une machine administrative si grande qu'elle a perdu toute finalité, ou bien seraient-ce mes obligations envers les questions des autochtones qui ne parviennent pas aux Indiens des réserves?

**Le président:** Je crois que deux monologues égalent un dialogue.

**Le chef Peters:** Laissez-moi d'abord répondre à la première partie de votre exposé. Vous n'ignorez pas que l'année dernière nous avons eu la dernière des conférences constitutionnelles officiellement prévues. Une fois cette conférence terminée, le Premier ministre a déclaré que ceux qui seraient le moins à même de pouvoir payer paieraient. Ces personnes, ce sont nous. Telles furent les observations prononcées par le Premier ministre l'année dernière à la fin de la conférence des premiers ministres. Il y adressa ces mots aux autochtones qui siégeaient en bout de table.

Vous me demandez si le problème vient de l'affectation de fonds par le Conseil du Trésor ou bien s'il s'agit d'un problème lié aux rouages administratifs au niveau régional. Je voudrais tout d'abord parler du Conseil du Trésor et dire qu'il y a certes bien eu une augmentation dans un certain nombre de secteurs de financement. Nous constatons aujourd'hui une sorte de «rattrapage». Vous vous apercevez en effet que les programmes ont été plafonnés en 1984, mais qu'il n'y a eu aucune augmentation de fonds en 1984.

Lorsque ces augmentations commencent à être versées elles semblent énormes dans certains secteurs. En fait, elles ne le sont pas. En 1984, le niveau du financement était déjà inadéquat et ne permettait pas de régler le problème. Ensuite, pendant trois ou quatre ans il n'y a eu aucune augmentation, ce qui n'arrangeait pas les choses. Si l'on ajoute à cela que nous avons maintenant davantage de membres et que toute augmentation que nous pourrions recevoir aujourd'hui ne permettrait en aucun cas de régler tous les problèmes accumulés jusqu'à présent dans la collectivité, la situation ne s'arrange guère.

Je citerais par exemple les problèmes d'infrastructure que nous avons avec l'environnement: l'actuelle politique ne nous permet pas de nous attaquer à l'arriéré de dossiers, essayons donc plutôt de nous pencher sur la nouvelle formation de familles dans la collectivité. Essayons de nous pencher sur ce qui se passe actuellement dans la collectivité et non pas sur ce qui s'y est passé.

En ce qui a trait aux problèmes d'administration, nous avons essayé de déterminer, vers la fin des années 1970—époque à laquelle où nous avons eu pour la dernière fois le montant officiel—le montant réel que nous obtenons



[Text]

appropriated by Parliament at that time, I think we were getting maybe 30¢ of the dollar. The rest was being eaten up by bureaucracy.

Last year, the Department of Indian Affairs said: we are going to start this whole new self-government mode, alternative funding arrangements, by-law enhancement. All these areas they wanted to deal with. At the same time, they said: we are mandated to cut person-years across the country by 1,500 people, of which the Indian Affairs tallied around 5,000 or 6,000 people. But that did not occur. There was a lot of shifting going around and a lot of manipulation, but we had more people monitoring this new self-government process than we ever had. We have new band financial officers; we have new regulations. We are fighting every day with the criteria. Treasury Board puts the criteria in place.

There are maybe three or four conditions that are attached to the dollars that flow from Treasury Board. Of the contribution arrangements that come to our community, there are 23 or 24 criteria now being imposed upon us. As I said earlier, a lot of our communities do not have the ability to refuse those dollars based on that criteria. They become accepted.

For us, that is simply the Department of Indian Affairs putting in criteria that ensures their longevity, because right now the dismantling process and the transfer process are supposed to have our communities taking over those responsibilities. That is not happening.

• 1030

We very specifically asked the Minister of Indian Affairs if he was going to dismantle Indian Affairs, centralize this process, and save all these dollars to pump those dollars directly back into the community so we can deal with some of the existing problems. It has not happened. Those dollars are going back into the restraint program.

We look at such things as program managers within the government. The incentive for them to be able to save money and directly receive bonuses from those saved dollars is affecting us. That exists. We cannot compete on the level of human resources with those bureaucrats who manage our system. They receive incentives for not doing the job they are supposed to do, and they call it restraint.

I cannot say it is the regions that are responsible. I think it is consistent. When Treasury Board passes an appropriation of dollars, and then Indian Affairs, or Health and Welfare, or whoever gets those dollars appropriated by Parliament starts putting new criteria into place not consistent with what Treasury Board has done, then the problem starts right at the top and it filters right through the system.

Headquarters puts those provisions in. Region has a certain amount of discretion. They start putting them on.

[Translation]

pour nos collectivités. Pour chaque dollar affecté par le Parlement à cette époque, je crois que nous avons reçu environ 30c. Le reste a été englouti par la bureaucratie.

L'année dernière, le ministère des Affaires indiennes a déclaré qu'il allait s'attaquer à la question de l'autonomie, à d'autres dispositions relatives au financement et à la promotion des règlements. Il a dit qu'il devait supprimer quelque 1,500 années-personnes au pays, dont 5,000 ou 6,000 personnes aux Affaires indiennes. Toutefois, cela ne s'est pas produit. On a assisté à toutes sortes de manoeuvres, et nous avions plus de personnes que jamais auparavant pour surveiller ce nouveau système d'autonomie. Nous avions de nouveaux agents financiers des bandes et de nouveaux règlements. Nous luttons tous les jours avec ces critères. C'est le Conseil du Trésor qui met en place les critères.

Il y a peut-être trois ou quatre conditions annexées aux fonds qui proviennent du Conseil du Trésor. A propos des dispositions relatives aux contributions que reçoivent nos collectivités, il y a 23 ou 24 critères nous sont imposés. Comme je l'ai dit un peu plus tôt, nombre de nos collectivités ne sont pas en mesure de refuser ces fonds d'après ces critères. On finit donc par les accepter.

En ce qui nous concerne, c'est tout simplement le ministère des Affaires indiennes qui fixe les critères qui garantissent leur longévité, car le démantèlement et le transfert sont censés permettre à nos collectivités d'assumer ces responsabilités, ce qui ne se produit pas.

Nous avons précisément demandé au ministre des Affaires indiennes s'il allait démanteler le ministère, centraliser tout ce processus et économiser des fonds afin de les injecter directement dans la collectivité pour que nous puissions nous attaquer à certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Cela ne s'est pas passé. Ces fonds se retrouvent dans le programme de compression.

Nous nous sommes penchés sur la question des gestionnaires de programmes du gouvernement. Le fait qu'ils reçoivent des primes lorsqu'ils réussissent à faire des économies a des répercussions sur nous. Sur le plan des ressources humaines, nous ne pouvons faire face aux bureaucrates qui gèrent notre système. Ceux-ci reçoivent des primes pour ne pas faire le travail qu'ils sont censés faire, et on appelle cela «compression».

Je ne peux pas dire que ce sont les régions qui sont responsables. Lorsque le Conseil du Trésor décide d'affecter des fonds et que le ministère des Affaires indiennes ou bien celui de la Santé ou encore un autre, obtient ces fonds affectés par le Parlement et met en place de nouveaux critères qui ne sont pas conformes avec ce qu'a fait le Conseil du Trésor, dans ce cas le problème commence tout en haut et se répercute dans tout le système.

C'est l'administration centrale qui impose ces dispositions. La région jouit bien d'un certain pouvoir

*[Texte]*

The district offices have a certain amount of discretion. They start putting them on. By the time they get to us, what was 4 criteria by Treasury Board ends up 24 in the community.

**Mr. White:** On this transfer, I know exactly what you are talking about. I have run into it with the transfer of education authorities on reserves, where certain parts are transferred, but a lot of the support services are not transferred along with them. So the education authorities are starting with a base support level far below what they were getting before the transfer from Indian Affairs' control. I think there are some inherent problems when the bureaucracy starts transferring the authority to the bands.

You mentioned 30¢ on the dollar is probably going to the communities. I have had native leaders in Manitoba tell me it is more like 20¢ to 25¢, although Indian Affairs tries to tell us it is 80¢ or something like that. I tend to believe you on that one.

As far as transferring the dollars and the jurisdiction and the responsibility, you said pump the money into the communities. Now that is a very interesting concept.

Say you picked one province and used it sort of as a pilot project, dismantled Indian Affairs, kept the same dollars provincially and transferred them to the communities. What would be the best way to do that? Would you use the tribal council route? Would you deal directly with the federal government with each individual band? How would that best be done to the benefit of the Indian people?

**Chief Peters:** The first point I want to make very clear to this committee is that money is not the answer. We can ask for more money, and we can put more money into the community, but that does not solve the problems going on with the whole concept of what we are as people.

When we start dealing with the question that you are asking, what kind of alternative mechanisms could we supply to be able to deal with the funding arrangements that could be possible, if you recall a few years back in the Penner Report there were all kinds of suggestions on how Indian people would like to handle their dollars. We are saying right now in our own communities we want to handle them however best suits the needs we have.

In Ontario, for example, we have four major organizations and about 15 or 16 tribal councils. All of those are intermixed to be able to deal with certain aspects of the whole realm of Indian rights, from the political to the social to the economic to the cultural, and

*[Traduction]*

discrétionnaire. Elle met ensuite ses dispositions en place. Les bureaux de district ont eux aussi un certain pouvoir discrétionnaire. Ils mettent ensuite ces dispositions en place. Lorsque tout cela nous parvient, les quatre critères arrêtés au début par le Conseil du Trésor se sont transformés en 24 au niveau local.

**M. White:** Je sais très bien de quoi vous voulez parler. Je m'en suis aperçu dans le cas du transfert des pouvoirs en matière d'éducation dans les réserves, où certains éléments sont bien transférés mais où un grand nombre de services de soutien ne le sont pas. Ainsi, ces pouvoirs sont accompagnés de services de soutien bien inférieurs à ce qu'ils étaient avant le transfert. Ce sont là certains des problèmes qui se posent très souvent lorsque la bureaucratie commence à transférer le pouvoir aux bandes.

Vous avez indiqué que sur chaque dollar, environ 30 cents par dollar finissent par se retrouver au niveau local. J'ai rencontré des dirigeants autochtones au Manitoba qui m'ont dit qu'il s'agit plutôt de 20 à 25 cents, même si les Affaires indiennes essaient de nous faire croire qu'il s'agit de 80 cents environ. J'aurais plutôt tendance à vous croire là-dessus.

En ce qui a trait au transfert des fonds, à la compétence et à la responsabilité, vous avez dit qu'il fallait donner les fonds aux collectivités. Il s'agit là d'une idée très intéressante.

Imaginons que vous choisissiez une province et que vous vous en serviez comme projet pilote, que vous démanteliez ensuite les Affaires indiennes, que vous conserviez les mêmes fonds au niveau provincial et que vous les transfériez aux collectivités. Quel serait le moyen d'y parvenir? Opteriez-vous pour le conseil de bande? Ou bien traiteriez-vous directement avec le gouvernement fédéral pour chaque bande? Comment cela pourrait-il être fait dans les meilleurs intérêts de la population indienne?

**Le chef Peters:** Je veux tout d'abord bien préciser au comité que l'argent ne règle pas tous les problèmes. Nous pouvons demander davantage d'argent et nous pouvons en investir davantage dans la collectivité, cela ne règlera pas le problème lié au concept global, à savoir qui nous sommes.

Lorsque nous nous attaquons à la question que vous avez posée, quels autres mécanismes pourrions-nous avoir pour nous pencher sur des dispositions relatives au financement—vous vous rappellerez qu'il y a quelques années, le rapport Penner offrait toutes sortes de suggestions sur la façon dont les Indiens aimeraient administrer leurs fonds. Nous faisons bien comprendre aux membres de nos collectivités que nous voulons administrer ces fonds de la meilleure façon possible en fonction de nos besoins.

Par exemple, en Ontario, nous avons quatre grosses organisations et environ 15 ou 16 conseils de bande. Tous sont en mesure de se pencher sur certains aspects des droits des Indiens, qu'il s'agisse de politiques, sociaux, économiques ou culturels, et chacun d'entre eux pourra



[Text]

each of them delivers a part of the service to our communities that we feel is essential to be delivered.

• 1035

We asked those people how they best want to be able to deliver that service, and what it means to them. An example is the addiction research council we are trying to establish on an Ontario-wide basis. We all know alcohol is a problem in our community. We all agree we have to do something about it. It is one of the social problems about which we say, let us get a handle on it. So we gear that up and do it on a province-wide basis so we are all involved in it. That is one way we say we can at least try to effect the changes we feel are necessary to deal with the social problem.

On the other hand, we will deal with core funding. That is an individual issue within each community. But what we cannot affect are the formulae already in place to deal with that funding. Even if we were to say, yes, dismantle Indian Affairs, put those dollars in the community, the existing framework could not handle those new dollars coming into the community without some kind of change to allow the communities to be able to effect those dollars themselves. The criteria there right now hampers that. It stops it, cuts it off.

You want to deal with education. Formula funding, for example, for education authorities, and communities taking over their own education: there is a limit. There is a formula devised so you can only achieve a certain level. Again, that is a problem. We cannot even go out and hire the best people. By reducing the salaries and by hiring people who will come in and work for lower wages—if we have to have seven teachers—we could probably hire the eight we really need instead of the seven we are allowed by the formula.

It does not meet any of the needs. Everything is cut and dried as to how we can proceed right now. Those funding arrangements have to change before the impact of dollars makes any great sense.

**Mr. White:** If I understand you correctly, you would agree with some sort of direct block-funding program to each individual band. They would then be able to access support services available through tribal councils if those structures stayed in place. They would have to stay in place along with the transfer of funding to individual communities. Is that what you are saying?

**Chief Peters:** Yes. But when you talk about block funding, it is different from the block funding I am talking about.

**Mr. White:** How so?

[Translation]

ainsi fournir à notre collectivité une partie des services qui, d'après nous, sont essentiels.

Nous avons demandé à ces personnes comment elles pourraient fournir ces services du mieux possible, et ce que cela voulait dire pour elles. Je citerai l'exemple du conseil de recherches sur l'intoxication que nous essayons de mettre sur pied en Ontario. Nous savons tous que l'alcoolisme est un problème dans nos collectivités. Nous reconnaissons tous qu'il faut faire quelque chose. Il s'agit là d'un problème social que nous jugeons prioritaire. C'est ainsi que nous prenons des mesures à l'échelle provinciale, et que nous y participons tous. C'est là l'un des moyens de dire que nous pouvons au moins essayer d'apporter les changements que nous jugeons nécessaires pour s'attaquer à ce problème social.

D'autre part, nous aborderons la question du financement de base. Il s'agit là d'une question propre à chaque collectivité. Nous ne pouvons toutefois modifier les formules déjà en place pour régler la question de ce financement. Quand bien même nous accepterions que soit démantelé le ministère des Affaires indiennes et que soient investis ces fonds dans la collectivité, la structure actuelle ne pourrait permettre d'administrer ces nouveaux fonds sans que soient apportés des changements qui permettraient aux collectivités de gérer elles-mêmes ces fonds. Les critères actuellement en place ne le permettent pas.

Vous voulez également vous occuper de l'éducation. Il existe toutefois des limites quant au financement et au pouvoir des collectivités en matière d'éducation. Il existe une formule qui ne permet d'arriver qu'à un certain niveau. Nous voilà donc avec un autre problème. Nous ne pouvons même pas embaucher les meilleurs spécialistes. En réduisant les salaires et en embauchant des personnes qui viendraient travailler pour des salaires moindres—si nous avons droit à sept enseignants—nous pourrions probablement embaucher les huit enseignants dont nous avons vraiment besoin plutôt que les sept auxquels nous avons droit d'après la formule.

Cela ne répond à aucun des besoins. Il est essentiel que les dispositions relatives au financement soient modifiées si l'on veut que les fonds aient une signification concrète.

**M. White:** Si je vous comprends bien, vous accepteriez une sorte de financement global direct à chaque bande qui serait ensuite en mesure d'avoir accès aux services de soutien offerts par l'intermédiaire des conseils de bandes, si ces structures restaient en place. Elles devraient rester en place lors du transfert du financement aux collectivités particulières. C'est bien là ce que vous voulez dire, n'est-ce pas?

**Le chef Peters:** En effet. Toutefois lorsque vous parlez de financement global, il ne s'agit pas du financement global dont je parle, moi.

**M. White:** Que voulez-vous dire?

[Texte]

**Chief Peters:** In what is being offered to us as block funding or alternative funding arrangements. We said, fine. We would agree block funding is probably one of the ways we should go, based on the ability to say maybe you would get an established funding process with increments which would guarantee a five-year format so you could do some planning. We would say, yes. We can deal with Treasury Board. If you want to call it a grant, call it a grant: whatever is the easiest way for you to deal with it.

When you put those monies into that system, we have to have the opportunity to set the criteria for how it is managed. We have to be able to make those decisions on what services we want to buy, what we want to pay for them, who we want to buy them from.

But the block funding being offered to us now is nothing more than contribution arrangements with a fancy title to them. The criteria for everything in that block—even though they are saying, here, now you have \$100,000; you deal with it any way you want—are still laid out to deal with it. So those kinds of criteria have to be changed before we can deal with any of those concepts.

**The Chairman:** Thank you, Mr. White, for your very good questions. Ms Copps, we have only a very few minutes left, but I would be glad to give you time for a couple of questions.

**Ms Copps:** I would like to zero in specifically on an issue that has been raised as late as last week in the House, and that is the transfer of administrative control of Indian health services to bands south of 60.

One of the ministers in the House last week said this was a continuum of what had been happening, and that it was a very positive thing. You have certainly expressed some reservations about it. I would like to ask you about that, and specifically about the requirement of the federal government that you make services available to all people living on reserves but you are only funded on a per capita basis for the number of—

**Chief Peters:** On-reserve residents.

**Ms Copps:** Right. You have to provide to all on-reserve residents, but you are only funded on the basis of native peoples. So if you have 300 people on a reserve and only 200 are status, then you are only funded for 200 but you have to provide service to 300. How did that—

**Chief Peters:** Through the course of Bill C-31 when we were supposed to end all this discrimination and the bands were supposed to have the opportunity to determine their own membership. That did not happen, because it was still incumbent upon Indian Affairs and

[Traduction]

**Le chef Peters:** Je veux dire qu'il y a une différence entre le financement global qui nous est offert et les dispositions relatives aux autres financements. Nous reconnaissons que le financement global est probablement l'une des méthodes que nous devrions adopter, à condition que le système de financement comporte des augmentations prévues sur cinq ans, ce qui vous permettrait de planifier. Dans ce cas-là, nous serions d'accord. Nous pourrions en effet traiter avec le Conseil du Trésor. Si vous voulez appeler cela une subvention, libre à vous de le faire.

Lorsque vous injectez ces sommes dans le système, il nous faut la possibilité de fixer les critères en matière de gestion de ces fonds. Nous devons en effet pouvoir prendre les décisions relatives aux services que nous voulons acheter, au montant que nous voulons payer et à qui nous voulons les acheter.

Toutefois, le financement global qui nous est offert actuellement n'est rien d'autre qu'une sorte de contribution, qu'on l'appelle comme on voudra. Il se trouve que dans ce genre de financement global, les critères sont déjà fixés, même si l'on nous dit, tenez, voici 100,000\$, faites-en ce que vous voulez. Ces critères doivent être modifiés avant que nous puissions envisager ce genre de concept.

**Le président:** Merci, monsieur White, vos questions étaient très intéressantes. Madame Copps, il ne nous reste que quelques minutes, mais je serais heureux de vous laisser suffisamment de temps pour poser quelques questions.

**Mme Copps:** Je voudrais me pencher tout particulièrement sur un point qui a été soulevé la semaine dernière en Chambre, soit celui du transfert du contrôle administratif des services de santé aux bandes situées au sud du 60ème parallèle.

La semaine dernière, en Chambre, un des ministres a déclaré que c'est en fait la suite logique de ce qui s'est déjà produit, et que c'est là une chose très positive. Manifestement, vous avez des réserves à ce sujet. J'aimerais vous demander ce que vous en pensez et plus particulièrement des exigences du gouvernement fédéral selon lesquelles vous devez offrir ces services à toutes les personnes qui vivent dans les réserves, alors que vous n'êtes financés qu'en fonction du nombre de. . .

**Le chef Peters:** De résidents dans les réserves.

**Mme Copps:** En effet. Vous devez fournir les services à tous ceux qui vivent dans les réserves, mais vous n'êtes financés qu'en fonction du nombre d'autochtones. Ainsi, si vous avez 300 personnes dans une réserve et seulement 200 Indiens inscrits, vous ne serez financés que sur la base des 200 Indiens inscrits, mais vous devrez néanmoins assurer des services aux 300 résidents. Comment cela. . .

**Le chef Peters:** Cela s'est produit dans le cadre du projet de loi C-31 alors que nous étions sensés mettre fin à cette discrimination et que les bandes étaient sensées avoir la possibilité de fixer le nombre de leurs membres. Cela ne s'est pas produit car il revenait encore aux Affaires



[Text]

the Registrar General to be able to determine who was Indian or not by virtue of registration.

[Translation]

indiennes et au Registraire général de déterminer qui était Indien en fonction de l'inscription.

• 1040

The only options we were given were to take in people the government did not recognize, and to bring them into our community, and to say these are people we know; they are part of families. We bring them in, and the government says they do not meet the criteria to be reinstated in our community. This is your exercise of self-government. You bring them in. You let them live in your community. You pay for them.

If they were going to deal with Bill C-31 in any kind of capacity, they should have said to us, and what we said to the government was, if we determine who our citizenship is, and if that is what we are talking about, if we send you a list of 25 people, there should be no doubt those 25 people we are asking to be a part of our community should not become a part of our community.

There should be no way the Registrar General has the ability to reject people, because the whole concept was to end discrimination. But when you have people unilaterally being able to determine who is Indian and who is not Indian, the process never changed. The mechanism was still there to discriminate.

**Ms Copps:** What about the specific administrative control change occurring now?

**Chief Peters:** There is very little administrative change occurring. As I pointed out earlier, when we were having this discussion on the transfer policy, the criteria is still there. The framework is still there of how we proceed. I guess the worst part that happens to us is we get caught in the middle. We are supposed to believe that the transfer policy is predicated on the notion there are sufficient dollars now to deal with all the existing problems in our communities, which the government very clearly recognizes are not there.

Ontario's regional zone offices very clearly indicate in their documentation that those dollars being issued right now are very insufficient. Yet we are asked to take those insufficient dollars, deal with more people and provide a better service. There is no doubt in our mind we can provide the better service.

**Ms Copps:** From something in the paper this morning, I understand the dollars are going to be cut back?

**Chief Peters:** We have assurances the dollars are not going to be cut back.

**The Chairman:** It was discussed a little earlier, before you came, Ms Copps. Chief Peters raised it, and Mr. White addressed it as well. But if you want to comment, it is all right.

**Ms Copps:** Maybe you can clue me in.

Les seules possibilités que l'on nous ait données consistaient à accueillir dans notre collectivité des personnes que le gouvernement ne reconnaissaient pas, et de dire qu'il s'agissait là de gens que nous connaissions, de gens qui appartenaient à des familles. Nous les faisons donc venir, et le gouvernement décrète alors qu'ils ne satisfont pas aux critères de réintégration dans notre collectivité. Voilà votre autonomie. Vous les réintégrez, vous les laissez vivre dans votre collectivité, vous payez pour eux.

Si l'on voulait vraiment faire quelque chose avec le projet de loi C-31, on aurait dû nous le dire; de notre côté nous avons dit au gouvernement que si nous établissions que des gens sont des nôtres, et si nous lui envoyons une liste de 25 personnes en lui demandant qu'ils fassent partie de notre collectivité, cette demande ne devrait pas être mise en doute.

Le registraire général ne devrait pas avoir pouvoir de rejeter les gens, puisque le but poursuivi était de mettre fin à la discrimination. Mais à partir du moment où quelqu'un peut, unilatéralement, décider qui est Indien et qui ne l'est pas, il n'y a rien de changé. Le mécanisme permet toujours la discrimination.

**Mme Copps:** Et le changement de contrôle administratif qui a lieu actuellement?

**Le chef Peters:** Il y a très peu de changements administratifs. Comme je l'ai déjà dit, lorsque nous discutons de la politique de transfert, les critères existent toujours. Le cadre demeure le même. Le pire est que nous nous trouvons pris entre le marteau et l'enclume. On nous demande de croire que la politique de transfert est fondée sur le principe qu'il y a suffisamment d'argent pour régler tous les problèmes de nos collectivités alors que le gouvernement reconnaît lui-même que cet argent n'existe pas.

Les bureaux régionaux de l'Ontario précisent bien dans leur documentation que l'argent actuellement versé est tout à fait insuffisant. On nous demande pourtant de l'utiliser pour nous occuper d'un nombre croissant de personnes et pour fournir un meilleur service. Nous sommes convaincus que nous sommes capables de fournir un meilleur service.

**Mme Copps:** D'après ce que j'ai lu dans le journal, ce matin, les fonds vont être réduits.

**Le chef Peters:** On nous a assuré du contraire.

**Le président:** On en a déjà parlé tout à l'heure, madame Copps, avant votre arrivée. Le chef Peters a soulevé la question, et M. White en a également parlé. Mais si vous avez une remarque à faire, n'hésitez pas.

**Mme Copps:** Peut-être pourriez-vous me mettre au courant.

[Texte]

**Chief Peters:** Because there have always been insufficient dollars, I think the problem is that the kind of increases we are now receiving through Treasury Board in dollars appropriated for Indian programming still do not meet the level we are talking about in terms of adequacy.

You certainly know the promotion we get, and have gotten, through the last two or three years is that there are always increases in Indian programming. Yes, there have been, but not enough to deal with the cost of living. It does not account for the fact there have been a lot of programs capped in the early 1980s, and we are just now starting to get increases again.

It does not deal with Bill C-31, and the amounts of new people, the infrastructures, new families. It does not deal with any of this kind of business. We were constantly told we are not being capped, that there are increases, but the increases are very, very minimal. One of the increases for one of the programs this year was 2.5%, only in salaries of benefit areas, but not in program areas.

**Ms Copps:** It might be interesting if, from the perspective of research, we could do a tracking graph on the percentage of federal expenditures directed towards non-native health care and similar increases to native. Perhaps the research person could come up with some of those figures, because the neo-natal mortality rates in this thing are outrageous.

**Chief Peters:** We are not even using our own figures. We are using the figures being produced by the government. If you look at the graphs and the figures, the proportion is tremendous, ranging from 400% or 500% above the current average to over \$1,000%.

**Ms Copps:** I see that.

**The Chairman:** If I may, Chief Peters, on behalf of the committee, thank both you and your colleagues for what you bring here. I am sure you have raised a lot of issues Mr. Rosenbaum, my researcher, will be pursuing further, as Ms Copps has suggested. With the help of Mr. White, and the expertise he has in this area from his own personal experience, I think you can count on this committee addressing this to the best of our ability.

Given the uncertainty of the parliamentary calendar for the next year, we may well have an opportunity to pursue this long enough that we may want to get back to you again if we have further questions. It depends on what happens.

**Chief Peters:** Thank you for the opportunity to express some of the concerns we have. We certainly will be available to share statistics from our communities on the magnitude of the problem we are facing.

[Traduction]

**Le chef Peters:** L'argent a toujours été insuffisant, et le problème est que les augmentations que nous accorde le Conseil du Trésor pour les programmes destinés aux Indiens ne permettent toujours pas de combler la différence.

Vous savez certainement qu'on a beaucoup parlé ces deux ou trois dernières années des augmentations constantes des fonds alloués à ces programmes. Certes, il y en a eu, mais pas suffisamment pour faire face au coût de la vie. On ne tient pas compte du fait qu'un grand nombre de programmes ont été plafonnés au début des années 80 et que les augmentations ne font que reprendre.

Tout cela ne tient pas compte du projet de loi C-31, du nombre des nouveaux, des infrastructures, des nouvelles familles. On nous répète constamment qu'on n'a pas imposé de plafond aux programmes, qu'il y a des augmentations, mais celles-ci sont extrêmement réduites. Un des programmes a obtenu, cette année, une augmentation de 2,5 p. 100, et encore, uniquement pour les salaires dans le secteur des prestations, pas pour les programmes.

**Mme Copps:** Il serait peut-être intéressant d'établir un graphique comparatif des dépenses consacrées aux soins de santé des autochtones et des non autochtones. La personne responsable de la recherche pourrait peut-être obtenir certains de ces chiffres, car les taux de mortalité néo-natale sont scandaleux.

**Le chef Peters:** Nous n'utilisons même pas nos propres chiffres. Nous utilisons ceux du gouvernement. Si vous examinez les graphiques et les chiffres, vous constatez que la différence est énorme et qu'elle va de 400 ou 500 p. 100 à plus de 1,000 p. 100 de plus que la moyenne actuelle.

**Mme Copps:** Je vois.

**Le président:** Si vous me le permettez, chef Peters, je tiens, au nom du Comité, à vous remercier, vous et vos collègues, de ce que vous nous avez apporté. Vous avez soulevé un grand nombre de questions que M. Rosenbaum, notre chercheur, étudiera plus à fond, comme l'a recommandé M<sup>me</sup> Copps. Avec l'aide de M. White et grâce à la compétence qu'il a acquise dans ce domaine et à son expérience personnelle, je puis vous assurer que ce Comité fera de son mieux pour trouver une solution à ces problèmes.

Étant donné l'incertitude du calendrier parlementaire de l'an prochain, il nous sera peut-être possible de vous rappeler si nous avons d'autres questions à vous poser. Cela dépendra de ce qui va se passer.

**Le chef Peters:** Je vous remercie de m'avoir permis de vous faire part de certaines de nos préoccupations. Nous sommes à votre disposition pour vous communiquer les statistiques de nos collectivités et des données sur l'ampleur du problème auquel nous sommes confrontés.



[Text]

**The Chairman:** Thank you very much for being with us. We appreciate your co-operation.

The meeting is adjourned.

[Translation]

**Le président:** Merci beaucoup d'être venus. Nous sommes sensibles à votre coopération.

La séance est levée.













*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

#### WITNESSES

##### *Canadian Hospital Association:*

Margaret Davison, Chairman of the Board of Directors;

Jean-Claude Martin, President;

Carol Clemenhagen, Vice-President, Public Affairs;

Bruce Baskerville, Research Officer.

##### *Chiefs of Ontario:*

Gordon Peters, Ontario Regional Chief.

#### TÉMOINS

##### *De l'Association des hôpitaux du Canada:*

Margaret Davison, présidente du Conseil  
d'administration;

Jean-Claude Martin, président;

Carol Clemenhagen, vice-présidente, Affaires  
publiques;

Bruce Baskerville, attaché de recherche.

##### *De Chiefs of Ontario:*

Gordon Peters, chef régional pour l'Ontario.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 47

Tuesday, May 17, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 47

Le mardi 17 mai 1988

Président: Bruce Halliday

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

---

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

---

RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

---

CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

---

WITNESSES:

(See back cover)

---

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

---

Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

---

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TUESDAY, MAY 17, 1988

(67)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:36 o'clock a.m., in Room 705, 151 Sparks, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell, Brian White.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Federation of Saskatchewan Indian Nations:* Vice-Chief Henry Delorme; Marvin Hendickson, Advisor. *From the Canadian Health Coalition:* Carol Richardson, Executive Coordinator; Kathleen Connors, Vice-Chairperson.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Vice-Chief Delorme made a statement, and with the other witness, answered questions.

It was agreed,—That the document entitled, "Submission to the Standing Committee on National Health and Welfare submitted by the Indian Government of Saskatchewan—Federation of Saskatchewan Indians (May 17, 1988)" be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence. (See Appendix "SNTE-5").

Ms Richardson made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:13 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE MARDI 17 MAI 1988

(67)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 36, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell, Brian White.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan:* Henry Delorme, vice-chef; Marvin Hendickson, conseiller. *De la Coalition canadienne de la santé:* Carol Richardson, coordinatrice exécutive; Kathleen Connors, vice-présidente.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Le vice-chef Delorme fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

Il est convenu,—Que le document intitulé: *Submission to the Standing Committee on National Health and Welfare submitted by the Indian Government of Saskatchewan—Federation of Saskatchewan Indians (May 17, 1988)*, figure en appendice aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui. (Voir Appendice «SNTE-5»).

M<sup>me</sup> Richardson fait une déclaration, puis elle-même et l'autre témoin répondent aux questions.

À 11 h 13, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell

**EVIDENCE**

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, May 17, 1988

• 0935

**The Chairman:** We have a quorum and the meeting will come to order. The committee is meeting under Standing Order 96(2) to consider the health care system in Canada and its funding. Our first witnesses are the Federation of Saskatchewan Indian Nations, represented by Chief Henry Delorme.

**Vice-Chief Henry Delorme (Federation of Saskatchewan Indian Nations):** Thank you, Mr. Chairman. These are my advisers, Marvin Hendrickson and Howard McMaster.

I come from the Cowessess band in Saskatchewan where I have been chief of my reserve for some years. I have been in the health area since 1972, so I am quite versed on the problems. Mr. Chairman and I have met before, in 1981, on the handicap situation.

The FSIN represents 72 treaty Indian governments across Saskatchewan. Our mandate derives from the FSIN legislative assembly in respect of the protection and application of our mutual treaty rights and our joint commitment to the exercising of Indian government, while at the same time maintaining trust and the residual responsibility of the Crown.

We provide this statement with the clear intention that you will take formal action on our recommendations. We have four points for you to consider:

1. The urgent need for the development and application of Indian government control over the Indian health sector.
2. The immediate recall and review of the transfer policy of the Medical Services Branch (MSB), which is currently arbitrary, absent of a long-term policy context and totally inadequate with respect to financial resources for Indian governments;
3. The requirement for a special parliamentary study on the activities of Indian and Northern Affairs Canada (INAC) and the Medical Services Branch. Recent reports of a special task force being authorized to plan drastic funding cuts to Indian health and social programming bear witness to our historic concerns and fears regarding the Crown's attempts to abridge, reduce or destroy our treaty and legal rights.
4. Immediate A-base funding for band, tribal council, and FSIN management and services delivery structure is imperative. We insist that MSB's systems start now to input realistic budget requests for Indian government

**TÉMOIGNAGES**

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 17 mai 1988

**Le président:** Nous avons le quorum; la séance est ouverte. Le Comité se réunit conformément à l'article 96(2) du Règlement pour étudier le régime de santé au Canada et son financement. Nos premiers témoins représentent la Fédération des nations indiennes de Saskatchewan, dont le porte-parole aujourd'hui est le chef Henry Delorme.

**Le vice-chef Henry Delorme (Fédération des nations indiennes de Saskatchewan):** Merci, monsieur le président. Je vous présente mes conseillers, Marvin Hendrickson et Howard McMaster.

Je suis de la bande Cowessess de Saskatchewan et je suis chef dans ma réserve depuis de nombreuses années. Je m'occupe de la santé depuis 1972, et je connais donc bien les problèmes. Le président et moi-même nous sommes rencontrés en 1981, à l'occasion des discussions sur les personnes handicapées.

La Fédération représente 72 gouvernements d'Indiens conventionnés en Saskatchewan. C'est l'assemblée législative de la Fédération qui nous donne le mandat de protéger et de faire valoir nos droits mutuels en vertu des traités et de réaliser notre engagement commun envers l'exercice du gouvernement indien, tout en préservant les responsabilités fiduciaires et connexes de la Couronne.

Notre déposition aujourd'hui a pour but explicite de réclamer des mesures officielles pour concrétiser nos recommandations. Nous vous soumettons quatre demandes:

1. L'urgence d'un contrôle par un gouvernement indien sur le secteur de la santé concernant les Indiens.
2. La révision immédiate de la politique de transfert menée par la Direction des services médicaux (DSM), qui se révèle actuellement arbitraire, dépourvue d'un contexte à long terme et tout à fait inadaptée aux ressources financières des gouvernements indiens.
3. Une étude parlementaire spéciale sur les activités des Affaires indiennes et du Nord canadien ainsi que de la Direction des services médicaux. Les rapports déposés récemment par un groupe de travail spécial autorisé à réduire considérablement le budget des programmes sanitaires et sociaux à l'intention des Indiens réveillent nos inquiétudes et nos craintes de voir la Couronne léser, réduire ou anéantir nos droits conférés par la loi et les traités.
4. Pour les bandes, le conseil tribal, la gestion et la prestation des services, un financement par services votés est impératif. Nous exigeons que les services de la Direction des services médicaux acceptent immédiatement



## [Texte]

management systems within the health sector. It follows that such pre-planning should result in concrete financial allocations to our Indian governments.

• 0940

Members of the committee, the FSIN has submitted presentations to the Crown for decades. Our leaders have met with Prime Ministers, Cabinet ministers, the provincial premiers. For the most part these contacts have been a history of broken promises or superficial federal commitments. Suffice it to say that while we may become frustrated, even angry, we will never negotiate away our treaty rights, and we will never stand idly aside watching while civil servants or Treasury Board pursue strategies to annihilate our rights or jeopardize the health of our people or endeavour to redesignate treaty Indians as just another thread in the provincial health safety net. Canada has treaty, constitutional, and legal responsibilities. The attachments provided to you as hand-outs provide a summary of the facts and an overview of the Crown's obligations. In view of the time constraints before us, we formally request that you receive the attachments as though they were read before you.

Hon. members of the committee, it is instructive and important to review certain statements made by Prime Minister Mulroney in April 1985. At that time he made the following statements to the Indian nations of Canada and to the general Canadian public:

We are here to chart a new course and set out on it.

The key to change is Self-Government for Aboriginal Peoples within the Canadian Federation. We are cautious people and Self-Government is a term which is worrisome to some of us, but Self-Government is not something that I fear. It is not an end in itself, but rather a means to reach common goals. It is a vehicle, not a destination. The challenge and satisfaction is in the journey itself.

Let us decide at this Conference that our Constitution shall acknowledge that Aboriginal Peoples have a right to Self-Government.

Subsequent to the 1985 FMC, we received personal assurances from the Prime Minister, the Minister of Justice, the Minister of Indian Affairs, and the Minister of National Health and Welfare that Canada would actively pursue bilateral discussions and negotiations with treaty Indian governments and, in our case, with the FSIN. Regrettably, this has not occurred generally, let alone in the Indian health area.

## [Traduction]

les demandes budgétaires réalistes faites par les gestionnaires des gouvernements indiens au titre de la santé. Il va de soi que cette planification se traduira par l'affectation de crédits à nos gouvernements indiens.

Nous voulons signaler aux membres du comité qu'il y a des dizaines d'années que la Fédération fait des démarches auprès de la Couronne. Nos chefs ont rencontré des premiers ministres, des ministres, des premiers ministres provinciaux. Essentiellement, ces rencontres ont abouti à des promesses non tenues et à des engagements fédéraux superficiels. Nous nous hornerons à dire que même si c'est pour nous une source de frustration, voire de colère, jamais nous ne renoncerons aux droits que nous confèrent les traités, et jamais nous ne resterons passifs pendant que des fonctionnaires ou le Conseil du Trésor mènent des stratégies visant à anéantir nos droits ou à mettre en danger la santé de nos peuples ou à tenter de redéfinir les traités des Indiens comme n'étant ni plus ni moins qu'un élément de plus dans le filet de sécurité du régime de santé provincial. Le Canada a des responsabilités en vertu des traités, de la Constitution et des lois. Les documents que nous vous avons distribués contiennent un résumé des faits et un survol des obligations de la Couronne. Étant donné que nous n'avons pas beaucoup de temps, nous vous demandons de considérer ces documents comme s'ils vous avaient été lus.

Il est utile et important de se reporter à certaines déclarations faites par M. Mulroney en avril 1985. À ce moment-là, il a annoncé aux nations indiennes et plus généralement à la population du Canada:

Nous sommes ici pour tracer une nouvelle voie et nous y engager.

La clé de voûte est l'autonomie politique des autochtones au sein de la fédération canadienne. Notre peuple est prudent et l'autonomie politique est une motion qui inquiète certains d'entre nous, mais quant à moi, je n'ai aucune crainte. Il ne s'agit pas d'une fin en soi mais d'un moyen pour atteindre nos objectifs communs. C'est un véhicule et non pas une destination. Le défi et les compensations sont dans le trajet à accomplir.

Décidons, maintenant lors de cette conférence, que notre Constitution reconnaitra que les autochtones ont droit à l'autonomie politique.

Après la conférence des premiers ministres de 1985, nous avons reçu de la part du premier ministre, du ministre de la Justice, du ministre des Affaires indiennes et du ministre de la Santé nationale la garantie que le Canada poursuivrait activement des discussions bilatérales et des négociations avec les gouvernements des Indiens conventionnés et, dans notre cas, la Fédération des nations indiennes de Saskatchewan. Il faut déplorer que

[Text]

We are not looking for apologies or excuses. Rather, we are adamant that answers be given and that solutions occur. Our people are confronted with an absence of direct health services. Our seniors, handicapped, and disabled must travel great distances to secure the necessary non-insured services that the vast majority of Canadian society takes for granted. Our children, our future, are forced to accept second-rate, substandard health care. We know this, you know this, even the secret INAC task force admits this. We strongly submit that this is not the time for greater intellectual awareness. We insist that this is the time for action under the auspices of Indian control and on the basis of Indian values and cultural standards.

Mr. Chairman, members of the committee, we have presented evidence to federal commissions and Cabinet ministers on many occasions. We have presented statistics, judicial precedents, and legal positions. Once again today we have presented evidence to you in consideration of the severe health problems facing our people. We hereby formally request that your committee take a vote this moment, in our presence, and relay your vote to Parliament. We ask that you vote on and subsequently recommend to Parliament the following positions of the FSIN:

1. That the Government of Canada immediately initiate a formal federal treaty Indian government process based upon the treaty principle of direct bilateral affairs. This endeavour should involve specific negotiation and consultation procedures between the senior Canadian authorities and our treaty Indian government leaders.

2. That MSB's "transfer policy" be voided and replaced with an Indian government health delivery policy. This would incorporate adequate funding levels for the development and implementation of Indian government health standards, policies, regulations, and management systems.

3. That Canada cease any further bureaucratic schemes designed to curtail or diminish social and health programming for treaty nations. Such pre-planning in respect of the erosion of treaty rights is both immoral and illegal.

4. That MSB be immediately mandated to utilize the same Treasury Board authorities as currently exist for INAC in respect of Indian government development and program co-ordination/management. This involves specific funding for planning, community consultation, implementation and intergovernmental consultation.

[Translation]

rien de la sorte ne s'est produit, et encore moins dans le secteur de la santé des Indiens.

Nous ne cherchons pas d'excuses. Toutefois, nous sommes déterminés à obtenir des réponses et à réclamer des solutions. Notre peuple souffre de l'absence de services de santé directs. Nos personnes âgées, nos handicapés et nos invalides doivent parcourir de grandes distances pour obtenir des services qui ne sont pas couverts par une assurance, chose que la majorité de la société canadienne considère comme allant de soi. Nos enfants, notre avenir, sont forcés d'accepter des services de santé de deuxième ordre, inférieurs. Nous le savons, vous le savez et même le groupe de travail secret des affaires Indiennes l'a reconnu. Nous affirmons que l'heure n'est pas aux grands discours. Nous exigeons que l'on prenne des mesures immédiatement, sous les auspices des Indiens, en tenant compte des valeurs et des normes culturelles indiennes.

Monsieur le président, nous avons à maintes reprises fait des dépositions auprès de commissions fédérales et de ministres du Cabinet. Nous avons présenté des statistiques, des arrêts judiciaires, des arguments juridiques. Encore un fois, face aux graves problèmes de santé qu'éprouve notre peuple, nous vous présentons des preuves. Nous demandons officiellement par la présente que votre comité vote immédiatement, pendant que nous sommes ici, et que le résultat de ce vote soit communiqué au Parlement. Nous vous demandons de voter pour recommander au Parlement ce qui suit au nom de la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan:

1. Que le gouvernement du Canada amorce immédiatement la mise en place officielle d'un gouvernement pour les Indiens conventionnés en se fondant sur le principe de règlement bilatéral direct inhérent aux traités. Pour ce faire, il faudrait prévoir des procédures précises de négociation et de consultation entre les hautes autorités canadiennes et les chefs des gouvernements d'Indiens conventionnés.

2. La «politique de transfert» de la Direction des services médicaux doit être abandonnée et remplacée par une politique de santé établie par le gouvernement indien. Cela exige un financement adéquat pour l'élaboration et l'application de normes de santé par le gouvernement indien, avec politiques, réglementation et système de gestion appropriés.

3. Le gouvernement du Canada doit abandonner toutes tactiques administratives visant à réduire ou comprimer les programmes sanitaires et sociaux à l'intention des nations conventionnées. L'érosion ainsi planifiée des droits que nous confère les traités est à la fois immorale et illégale.

4. La Direction des services médicaux doit immédiatement pouvoir recourir à la même autorisation du Conseil du Trésor que le ministère des Affaires Indiennes et du Nord canadien pour l'élaboration et la gestion ou la coordination des programmes du gouvernement indien. Cela signifie un budget spécifiquement réservé à la planification, à la consultation



[Texte]

[Traduction]

communautaire, à la concrétisation des programmes et à la consultation intergouvernementale.

• 0945

In conclusion, we anticipate your constructive action on this submission. Many of our people are in circumstance of distress; many of our bands have neither the human nor financial resources to initiate or deliver direct health services; and finally—most importantly—the MSB budget allocations for Saskatchewan are simply inadequate and serve as a social disgrace for our treaty nations as well as the Government of Canada.

En conclusion, nous comptons que vous prendrez des mesures constructives suite à notre déposition. Une grande partie de notre population se trouve dans une situation d'urgence; bon nombre de nos membres n'ont pas les ressources financières ou humaines pour amorcer ou dispenser des services directs de santé; en terminant, et c'est ce qui est le plus important, les affectations budgétaires de la Direction des services médicaux pour la Saskatchewan sont insuffisantes et constituent un affront envers les nations conventionnées et une honte pour le gouvernement du Canada.

I await your questions, comments, and subsequent vote on the four requests that we have tabled before you today. Thank you, Mr. Chairman.

J'attends vos questions, vos remarques et un éventuel vote sur les quatre demandes que nous vous soumettons aujourd'hui. Merci monsieur le président.

**The Chairman:** Mr. Delorme, on behalf of the committee, I want to thank you for your presentation. I noted your request that we vote on your four recommendations, but I think you can appreciate we are in the process of hearing many, many witnesses on this, and I think it would be perhaps inappropriate to consider doing this at this time, but certainly those recommendations will be given serious consideration.

**Le président:** M. Delorme, au nom des membres du comité, je vous remercie de votre exposé. J'ai pris note de votre demande portant que nous votions sur vos quatre recommandations, mais vous comprendrez que nous avons encore beaucoup d'autres témoins à entendre, et il ne conviendrait pas de donner suite à votre requête pour l'instant. Mais nous allons certainement tenir compte de vos recommandations.

You did raise another point, though, which I think we can vote on now, and that is your request that we include in the printed record the other material you will supply to us today. If the committee is agreeable to that, we could so decide.

Toutefois, il y a une autre chose sur laquelle nous pouvons voter immédiatement, à savoir annexion au compte-rendu des documents que vous avez apportés. Il nous faut pour cela l'assentiment des membres du comité.

**Mr. White:** Do you need a motion, Mr. Chairman?

**M. White:** Faut-il présenter une motion, monsieur le président?

**The Chairman:** I think we should really, yes.

**Le président:** Oui.

**Mr. White:** I would so move.

**M. White:** Je propose cette motion.

**The Chairman:** Is it then agreed that the total proceedings as given to us by Vice-Chief Delorme be appended to today's *Minutes of Proceedings and Evidence*?

**Le président:** Acceptez-vous que tout le mémoire de M. Delorme soit annexé aux *Procès-verbaux et témoignages* de la séance d'aujourd'hui?

Motion agreed to.

La motion est adoptée.

**Ms Mitchell:** I would like to express a warm welcome to you, and say first of all on behalf of my party, the New Democratic Party, that we feel very strongly there has to be greater movement towards self-government. Our purpose today is to focus particularly on the health service delivery.

**Mme Mitchell:** Je vous souhaite la plus cordiale bienvenue et je tiens à affirmer au nom de mon parti, le Nouveau Parti Démocratique, que nous croyons sincèrement en la nécessité de mesures plus concrètes en vue de l'autonomie politique. Aujourd'hui, nous nous penchons plus particulièrement sur les services de santé.

I would like to have a clearer picture. We look at the band level, at the community level, how the health services work now or do not work, and how you would see it change under greater self-government, again at the band level. I am interested particularly in preventative health, training of people, and that kind of thing. Could you first of all just give us a little clearer picture at the band level? Are most of the people using medical services

Je voudrais mieux comprendre. Pour les bandes, pour la collectivité, comment les services de santé fonctionnent-ils actuellement, ou font-ils défaut, et comment les choses changeraient-elles avec l'autonomie politique conférée aux bandes? Je m'intéresse particulièrement à la médecine préventive, à la formation du personnel. Pouvez-vous nous dire avec plus de précision comment les choses se passent pour la bande? Ceux qui ont recours à des



[Text]

in the surrounding communities, or do they have health clinics on the bands themselves?

**Vice-Chief Delorme:** To start with, allowing the Indian people to decide what their priorities are and how they bring their priorities into focus would work much better than the present system. We do have clinics on the reserve. However, we have to go out of the reserve to get the other services. The actual deciding of what is best for the Indian people should be done by the Indian people. We should get away from the devolutionary system where the Medical Services Branch comes to me and tells me what is good for me and how to do it. That simply does not work. Indian people must decide what is best for them.

• 0950

The other problem we have now—and previously—under health transfer is that they are talking about turning things over to us, but they only suggest we get half a nurse or a quarter of a nurse, and that is difficult to put into action. What can you do with half a nurse or a quarter of a nurse? We must have realistic systems in place if things are going to work accordingly.

**Ms Mitchell:** You need control over the local medical system in a given community, and you need more money in order to have a full health team of some kind. Is that what you are suggesting?

**Vice-Chief Delorme:** Yes.

**Ms Mitchell:** To what degree now do you have Indian people who are trained either as medical personnel or health care aides? Is there an increasing trend in that direction, or is that a real gap that also needs more money for training?

**Vice-Chief Delorme:** All we have presently are the CHRs, Community Health Representatives, who are sort of like aides.

**Ms Mitchell:** What kind of training do they have?

**Vice-Chief Delorme:** Para-professional type of training, but I do not believe we need a heavier type of person in there. We do have the public health nurse for medical services, and again, they are under the direction of MSB.

**Ms Mitchell:** Would the health nurse be in the larger community, or would you have your own health nurse on reserve?

**Vice-Chief Delorme:** We suggest one nurse per band.

**Ms Mitchell:** Right now, you do not?

**Vice-Chief Delorme:** We do not. They are split out, and I guess that is where the quarter of a nurse comes from.

[Translation]

services médicaux se trouvent-ils pour la plupart dans les collectivités avoisinantes? Existe-t-il des cliniques pour les bandes elles-mêmes?

**Le vice-chef Delorme:** Il vaudrait beaucoup mieux remplacer le régime actuel et permettre à la population indienne d'établir ses propres priorités et de prévoir ensuite les mesures nécessaires. Dans les réserves, nous avons des cliniques. Toutefois, pour d'autres services, il faut quitter les réserves. Ce sont les Indiens eux-mêmes qui devraient décider ce qui vaut mieux pour eux. Il faudrait éliminer la délégation des responsabilités par laquelle la Direction des services médicaux me dicte ce qui me convient et comment procéder. Cela ne marche pas. Les Indiens doivent décider ce qui vaut mieux pour eux.

Nous sommes aux prises avec un autre problème, qui dure déjà depuis un certain temps, à cause du transfert. On parle de nous confier certaines responsabilités mais en même temps, on ne prévoit que la moitié ou le quart d'une infirmière et c'est difficile à trouver. Que pouvons-nous faire avec la moitié ou le quart d'une infirmière. Il faut des mesures réalistes si nous voulons que les choses fonctionnent.

**Mme Mitchell:** Vous voulez exercer un contrôle sur le régime médical local dans une collectivité donnée, et il vous faut les budgets nécessaires pour embaucher toute une équipe médicale, n'est-ce pas?

**Le vice-chef Delorme:** C'est cela.

**Mme Mitchell:** Il y a-t-il beaucoup d'Indiens qui possèdent une formation médicale ou paramédicale? Est-ce qu'il y en a de plus en plus? Est-ce qu'il faudrait davantage d'argent pour la formation?

**Le vice-chef Delorme:** Actuellement, nous ne pouvons compter que sur des représentants de la santé communautaire, qui sont ni plus ni moins des auxiliaires.

**Mme Mitchell:** Quelle est leur formation?

**Le vice-chef Delorme:** Ce sont des para-professionnels mais je ne pense pas que nous ayons besoin de gens mieux formés. Pour les services médicaux, nous pouvons compter sur une infirmière d'hygiène publique, mais elle relève de la Direction des services médicaux.

**Mme Mitchell:** Faudrait-il que l'infirmière se trouve dans une localité plus grande? En faudrait-il une par réserve?

**Le vice-chef Delorme:** Nous proposons qu'il y en ait une par bande.

**Mme Mitchell:** Actuellement, ce n'est pas le cas, n'est-ce pas?

**Le vice-chef Delorme:** Non. Elles doivent se partager et je suppose que c'est là qu'on a pris l'idée de nous accorder le quart d'une infirmière.

[Texte]

**Ms Mitchell:** What about the children? I am thinking of preventive medicine and health education. Are most of the children going to schools in the surrounding community, or do you have many on-reserve schools?

**Vice-Chief Delorme:** In various areas, we have Indian-controlled schools. However, we do participate with non-Indian schools too.

**Ms Mitchell:** Is there an emphasis on health?

**Vice-Chief Delorme:** Yes. We do have some participation from the public health nurse and the CHR within the Indian-controlled schools. However, on the outside I am not sure.

**Ms Mitchell:** But you would like to have more of that kind of a system.

**Vice-Chief Delorme:** Oh, yes. In order to accommodate prevention, I believe that is the key. Hit it before it occurs.

**Ms Mitchell:** What Indian health methods would you like to see given greater emphasis that may not be typical in the white community?

**Vice-Chief Delorme:** Probably traditional health medicine done by some of our elders, and various methods of accommodating prevention of anything developing outside of health.

**Ms Mitchell:** Thank you.

**Ms Coppins:** One of the things I would like to specifically ask you about is in relation to non-insured services, because the Auditor General was quite critical of the Department of Health and Welfare for essentially being unaccountable in the area of non-insured services. I think the majority of the delivery of those services was to native people.

You mentioned in your brief that most people have to travel great distances to secure the necessary non-insured services. How does that work exactly? If you are working under non-insured services as opposed to insured services, what would be the non-insured services you would be seeking primarily?

• 0955

**Vice-Chief Delorme:** The problem comes with such things as glasses. Our people have to travel distances in order to accommodate the check-up, and also a rip-off comes somehow with the people who deliver the glasses. If you want me to be very blunt about it, I will say that not all these people are honest; they take more than they should. Again, under Indian control we would be able to scrutinize it much more easily and at a better pace.

**Ms Coppins:** I have tried to get from the minister—and I have never been successful—a breakdown of non-insured services in each province across the country. If you look at the Auditor General's report, I think about half the non-insured services were delivered to the native

[Traduction]

**Mme Mitchell:** Et les enfants? Je songe à la médecine préventive et aux conseils. Est-ce que la plupart des enfants vont à l'école dans des localités environnantes? Avez-vous des écoles dans la réserve?

**Le vice-chef Delorme:** Dans certaines régions, il y a des écoles indiennes. Toutefois, nous avons également des ententes avec des écoles non-indiennes.

**Mme Mitchell:** Accorde-t-on une certaine importance à la santé?

**Le vice-chef Delorme:** Oui. Nous pouvons compter sur la participation d'une infirmière d'hygiène publique et du représentant de la santé communautaire dans les écoles administrées par les Indiens. Toutefois, à l'extérieur, je ne sais pas ce qui se passe.

**Mme Mitchell:** Vous voudriez intensifier ce genre de régime, n'est-ce pas?

**Le vice-chef Delorme:** Absolument. Ce serait nécessaire pour la prévention, voire essentiel. Mieux vaut prévenir que guérir.

**Mme Mitchell:** Quels soins spécifiquement indiens voudriez-vous qu'on applique et qui ne sont peut-être pas courants chez les Blancs?

**Le vice-chef Delorme:** Sans doute la médecine traditionnelle prodiguée par nos aînés et diverses méthodes de prévention pour contrer tout ce qui n'est pas sain.

**Mme Mitchell:** Merci.

**Mme Coppins:** Je voudrais des précisions sur les services non couverts, car le vérificateur général a vertement critiqué le ministère de la Santé dont la responsabilité en la matière laisse à désirer. Je pense que la majorité de ces services visait des autochtones.

Vous avez dit que la plupart des gens devaient parcourir de grandes distances pour obtenir des services non couverts. Comment les choses se passent-elles exactement? Quels sont les principaux services non couverts qui vous sont dispensés?

**Le vice-chef Delorme:** Les difficultés se posent pour les lunettes, par exemple. Les membres de nos bandes doivent parcourir de longues distances pour un examen de la vue, et ceux qui assurent ces services sont enclins à l'escroquerie. Si vous me permettez d'être direct, je vous dirai qu'ils ne sont pas tous honnêtes et qu'ils prennent plus qu'ils ne devraient. Sous un régime indien, nous pourrions vérifier cela de plus près, plus facilement.

**Mme Coppins:** J'ai demandé, en vain, au ministre la liste des services non couverts dans chacune des provinces. Si vous vous reportez au Rapport du vérificateur général, vous constaterez que la moitié des services non couverts ont été dispensés à des autochtones. Avez-vous la liste des

[Text]

population. Do you have a breakdown of non-insured services that are sought out in Saskatchewan, or would it be just on a—

**Vice-Chief Delorme:** Non-insured services would be glasses, dental—

**Ms Coppins:** I understand that, but could you provide us with a listing—or is it just ad hoc—of the non-insured services that are being delivered to people in Saskatchewan in the native community? Could we have that?

**Vice-Chief Delorme:** Yes, we could deliver it. Medical Services Branch has it.

**Ms Coppins:** I know, but the minister refused to give it to us, and that is why I would like to get hold of it through somebody else, if you have it.

**Vice-Chief Delorme:** No problem.

**Ms Mitchell:** Put it in a brown envelope.

**Ms Coppins:** Can you elaborate a little bit on Medical Services Branch transfer policy? Also, maybe in that same context, in the background document you tabled you emphasized very much how much you disagree with the policy of devolution. You call it a policy of termination.

Now, obviously this shows you how naive I am in this area, but I thought the policy of devolution *en gros* meant that services, in an evolving way, would start to be turned over to the native community with the idea of natives being in control. That is what I thought it was, and that is why I am surprised when I read, over and over again in the background document, that you basically criticize the devolution policy. How do you see it?

**Vice-Chief Delorme:** Your first question was the—

**Ms Coppins:** Medical Services.

**Vice-Chief Delorme:** Uninsured, probably the EPF. It is difficult to find out where it goes. The government gives Saskatchewan *x* dollars, but it is in a lump sum. We are also looking at Indian trust funds that we came into by the signing of the treaties. Devolution is a colonial type of system. Let me emphasize here that when we say "Indian control" we mean Indian control. You cannot tell me you are going to give me this and also say how the system is supposed to work.

**Ms Coppins:** Now, what would happen? Pick an example of where the federal government is currently practising this policy of devolution, for example.

**Vice-Chief Delorme:** Totally.

**Ms Coppins:** I understand that, but at this point all health policy has not been turned over from the federal government to the bands. So perhaps you would give me an example of how they would lay down conditions for you.

[Translation]

services non couverts demandés en Saskatchewan ou pourriez-vous. . .

**Le vice-chef Delorme:** Les services non couverts sont les lunettes, les soins dentaires. . .

**Mme Coppins:** Je sais mais pouvez-vous me donner une liste? Est-ce que c'est ponctuel? Je voudrais savoir quels services non couverts sont fournis à la population autochtone de Saskatchewan? Est-ce possible d'obtenir cela?

**Le vice-chef Delorme:** Oui, c'est possible car la Direction des services médicaux a cette liste.

**Mme Coppins:** Je sais, mais le ministre refuse de nous la donner et c'est pourquoi je voudrais l'obtenir de vous, si vous l'avez.

**Le vice-chef Delorme:** Volontiers.

**Mme Mitchell:** Mettez-la dans une enveloppe jaune.

**Mme Coppins:** Pouvez-vous nous donner plus de détails sur la politique de transfert de la Direction des services médicaux? A cet égard également, dans le document que vous avez déposé, vous semblez être en désaccord avec le principe de la délégation des responsabilités. Vous dites que c'est une politique d'abandon.

Vous constaterez peut-être mon ignorance à cet égard, mais je pensais que cette politique signifiait en gros que les services, de façon progressive, relèveraient désormais des autochtones, que ces derniers exerceraient dorénavant le contrôle. C'est ce que je pensais et voilà pourquoi je m'étonne de lire, et c'est répété dans votre document, que vous n'êtes pas satisfaits de cette délégation des responsabilités. Comment voyez-vous les choses?

**Le vice-chef Delorme:** Votre première question. . .

**Mme Coppins:** Les services médicaux.

**Le vice-chef Delorme:** Non couverts, probablement le financement de péréquation. Il est difficile de savoir où va l'argent. Le gouvernement donne à la Saskatchewan une somme forfaitaire. Il y a aussi le Fonds de fiducie des Indiens auquel nous avons droit par la signature des traités. La délégation des responsabilités est un régime de type colonial. Quand nous parlons du contrôle indien, nous disons bien «contrôle indien». Vous ne pouvez pas me confier une responsabilité d'une part en m'imposant d'autre part la façon de l'exercer.

**Mme Coppins:** Expliquez-nous comment les choses se passent? Donnez-nous un exemple où le gouvernement fédéral met actuellement en oeuvre sa politique de délégation des responsabilités.

**Le vice-chef Delorme:** Totalelement.

**Mme Coppins:** Je comprends cela, mais la politique de santé actuelle n'a pas été totalement confiée aux bandes par le gouvernement fédéral, n'est-ce pas? Donnez-nous un exemple où le gouvernement fédéral vous impose des conditions.



[Texte]

**Vice-Chief Delorme:** In the nurse area again, again giving you a quarter nurse; a quarter nurse is good for you. They tell you how to run the system with a quarter nurse.

• 1000

**Ms Copps:** We did hear an example... and actually, maybe this is where it applies. I think in the Chiefs of Ontario brief they suggested to us the federal government sometimes requires registration for nurses in the federal jurisdiction even higher than what is required by provincial governments. I guess that would be a condition.

**Vice-Chief Delorme:** Yes, it could be a part.

The other area would be management controls, how Indian government would see the system working.

**Ms Copps:** I guess the other point is not directly related to health services. The federal government has been talking, for example, about turning the education system over to the native communities. But I guess they are saying, okay, you look after it, but you have to do it according to provincial norms. So in a sense what they are doing is turning it over from the federal government to the provincial government, really. Would that be an accurate assessment?

**Mr. Marvin Hendrickson (Adviser, Federation of Saskatchewan Indian Nations):** Comparing it with education, there have been specific experiences where Treasury Board or Cabinet or both have given specific approvals for Indian control of education at the reserve level or at the residential school level. When the Indian authorities find out a year or two later, they suffer the reality that those are subject to the fiscal or financial budgetary limitations of the minister and/or the department and/or the regional allocation. That is one of the concerns with the Medical Services Branch health transfer policy. It does state there will be no new funds and it does state it is subject to budgetary limitations.

So you are talking of a situation where there is to be Indian government development of standards, Indian government management systems to be developed, no funds; and, more importantly, that risk of exterior, external control in the budget limitations. I do not think there is an Indian government in Saskatchewan that does not recognize that Treasury Board and Parliament do have to meet and vote annually. That is not the question. The question is one of A-base adequacy; and that is not within the Medical Services transfer policy at this time.

**Ms Copps:** That is not within the Medical Services transfer policy in relation to the funding mechanism. That is why you are asking for—

**Mr. Hendrickson:** For Indian government systems, for Indian management systems, for direct services, as well as indirect non-insured health service systems.

[Traduction]

**Le vice-chef Delorme:** Je vais encore une fois vous parler du quart d'infirmière. On nous dit qu'un quart d'infirmière, cela nous convient, et on nous dit comment procéder sous ce régime-là.

**Mme Copps:** On nous a cité un exemple... et peut-être que c'est lié à cela. Je pense que les chefs de l'Ontario ont signalé que le gouvernement fédéral avait des exigences plus sévères pour l'accréditation des infirmières que les gouvernements provinciaux. Est-ce là une condition peut-être?

**Le vice-chef Delorme:** Oui, en partie.

D'autre part, il y a les contrôles de gestion, la façon dont le gouvernement indien veut procéder.

**Mme Copps:** Ma question ne porte pas directement sur les services de santé. Le gouvernement fédéral songe actuellement à confier l'enseignement aux autochtones. Je suppose qu'on veut bien vous confier ce secteur, mais en exigeant que vous vous conformiez à des normes provinciales. Il s'agit finalement de la cession d'un secteur du gouvernement fédéral au gouvernement provincial, n'est-ce pas?

**M. Marvin Hendrickson (conseiller, Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan):** Faisons cette comparaison avec l'enseignement. On a pu constater réellement que le Conseil du Trésor ou le Cabinet ou les deux avaient donné leur approbation pour que les Indiens exercent le contrôle en matière d'enseignement dans les réserves ou dans les écoles résidentielles. Les autorités indiennes ont découvert un an ou deux plus tard que cette autorisation est tributaire de restrictions budgétaires imposées par le ministre ou le ministère ou les répartitions régionales. Voilà ce qui nous inquiète quand nous songeons à la politique de transfert de la Direction des services médicaux. On dit bien qu'il n'y aura pas d'autres sommes engagées et qu'il y aura effectivement des contraintes budgétaires.

Ainsi, on prévoit que le gouvernement indien établira des normes, des systèmes de gestion, mais sans budget. Ce qui est encore plus important, nous courons le risque qu'on nous impose des contrôles externes limitant nos budgets. Je ne pense pas qu'il y ait un gouvernement indien en Saskatchewan qui n'admette pas que le Conseil du Trésor et le Parlement votent les subsides annuellement. Tout le monde le sait. Ce qu'il faut savoir, c'est si les services votés suffisent et, pour l'instant, il n'en est pas question dans la politique de transfert de la Direction des services médicaux.

**Mme Copps:** Vous voulez dire qu'aucun mécanisme de financement n'est prévu dans la politique de transfert et c'est pourquoi vous demandez... .

**M. Hendrickson:** Des régimes administratifs indiens, des régimes de gestion indiens, des services directs, et des services de santé non couverts indirects.

[Text]

**Ms Copps:** That is why what you are suggesting for a prototype would be to move away from that transfer policy and move into... You have the same Treasury Board authorities as currently exist for DIAND for Indian government.

**Mr. Hendrickson:** Correct. The Department of Indian Affairs and Northern Development has what is termed a "management improvement program" manual, and within that there are specific Treasury Board authorities, the directory of services, as well as the chart of accounts. They give specific authorities and funding levels to the department and to the region. That does not exist for Medical Services, but should. That is what we are saying.

**Ms Copps:** Could we get a breakdown from research on how the funds are delivered, for Health and Welfare Medical Services Branch and DIAND?

**Mr. Hendrickson:** We could provide that to you at a later time.

**The Chairman:** If you have something further on that, it would be helpful to the committee, I am sure, Mr. Hendrickson.

**Mr. White:** Welcome, gentlemen, and thank you for the brief.

I want to clarify one thing. I notice in your executive summary on two occasions—and I will quote the first one—you say:

... we will never stand idly aside watching while civil servants or treasury boards pursue strategies to annihilate our rights...

Then on the last page, page 4, you talk about "bureaucratic schemes". I assume you are referring to the report that was in all the newspapers last week.

I want one thing to be perfectly clear. I can refer to page 6 in your own document here, further on, where you quote the Prime Minister as saying:

... you or I would rebel at the notion in 1985, that a decision is going to be imposed upon us that affects our very lives by the bureaucrats sitting in a department in Ottawa.

• 1005

So I just wanted to clarify, before I asked the question, that what was in the papers was a bureaucratic document and in no way reflected either Cabinet or government policy and would never be supported by someone like myself—

**Ms Copps:** Yet—

**Mr. White:** Just let me finish. I am saying that, Sheila, because we are being sideswiped and stabbed in the back by bureaucratic document, so I just wanted that to be

[Translation]

**Mme Copps:** Vous voudriez donc qu'on abandonne cette politique de transfert et qu'on s'oriente plutôt... L'autorité du Conseil du Trésor serait appliquée comme elle l'est actuellement pour le gouvernement indien, pour le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, n'est-ce pas?

**M. Hendrickson:** C'est cela. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a ce que l'on appelle un manuel couvrant le «Programme d'amélioration de la gestion» et on y donne les pouvoirs du Conseil du Trésor, la liste des services de même que les bilans. Les pouvoirs sont définis, ainsi que le financement pour le ministère et la région. Il n'y a rien de tel pour les services médicaux. C'est ce que nous réclamons.

**Mme Copps:** Est-ce que nos documentalistes pourraient nous dire comment les fonds sont répartis entre la Direction des services médicaux du ministère de la Santé et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien?

**M. Hendrickson:** Nous pouvons vous fournir ces renseignements.

**Le président:** Si vous avez plus de détails à ce propos, cela nous serait utile, j'en suis sûr, monsieur Hendrickson.

**M. White:** Bienvenue messieurs et merci de votre mémoire.

Je voudrais une précision. Dans votre résumé, à deux reprises, vous dites et je cite:

... nous n'allons pas laisser les fonctionnaires ou le Conseil du Trésor poursuivre des stratégies qui anéantiront nos droits...

Et à la dernière page, page 4, vous parlez de «complots administratifs». Je suppose que vous faites allusion ainsi au rapport dont tous les journaux ont parlé la semaine dernière.

Je voudrais qu'une chose soit bien claire. Je me reporte à la page 6 de votre propre document où vous citez les propos du Premier ministre:

... vous et moi serions scandalisés si en 1985, des fonctionnaires d'Ottawa nous imposaient une décision qui pourrait avoir des répercussions sur notre propre vie.

Avant de poser ma question, je tenais à préciser que ces documents émanaient des fonctionnaires et ne reflétaient nullement la politique du Cabinet ou du gouvernement et ne recevaient absolument pas mon appui...

**Mme Copps:** Il n'en demeure pas moins...

**M. White:** Laissez-moi terminer, s'il vous plaît. Nous sommes cloués au pilori par ces documents administratifs, et je tiens à l'indiquer clairement parce que je siège du



[Texte]

perfectly clear because I sit on the government side. I would never support that type of document, so I wanted to make that perfectly clear.

**Mr. Duguay:** Nor would I.

**Ms Copps:** The Neilsen report was the basis for that originally. He is not a civil servant.

**The Chairman:** Order! Mr. White, you have the floor.

**Mr. White:** The first question I would like to ask deals with your first point on the first page where you say there is an urgent need for development of Indian government control over health services. I would like your reaction to what we were told by the Chiefs of Ontario last week. They did not think it would be appropriate or functional for the funding to be turned over to each particular band and have an appropriate structure in place. They felt you had to leave, for example, tribal council resource groups in place so the bands were still able to access that type of program. So would I be right in assuming that you would agree that it is not simply a matter of turning over Treasury Board money directly to the bands without leaving the other structures in place at the same time?

What I am saying is that you cannot dismantle tribal council resource groups at the same time as you dismantle, say, the bureaucracy. That is, a middle man between Treasury Board and the band as it now exists.

**Vice-Chief Delorme:** Yes. I would say the funding has to be adequate in all areas to get a performance that is required out there.

**Mr. White:** The reason I asked the question is that the Chiefs of Ontario mentioned in responding to questions that strictly transferring the funding would not be enough. I am just wondering what your reaction would be to that. Maybe in a nutshell you can tell me what you mean by Indian government control over the health sector.

**Vice-Chief Delorme:** Since it takes a great deal of time developing things, I would say it is necessary to keep these people in place in the development stages.

**Mr. Hendrickson:** I think perhaps a clarification is required. Ontario does have a different history from Saskatchewan and in a lot of cases Saskatchewan has a longer history of district or tribal councils; they just have not used that title.

There is a difference between Indian political organization and Indian health management under Indian control. I think the best examples of that are at the Battleford Indian Health Centre, which does have a reciprocal Treasury Board agreement and it is a long-term agreement. There are 54 people on staff. It is community based. It is preventative. That is the only organization in Saskatchewan which does have the community-based preventative system under Indian control, but there are

[Traduction]

côté ministériel. Je le répète, je n'appuierais jamais de tels documents.

**M. Duguay:** Moi non plus.

**Mme Copps:** C'est le Rapport Neilsen qui a été à l'origine de cet effort. Et M. Neilsen n'était pas un fonctionnaire.

**Le président:** À l'ordre! La parole est à M. White.

**M. White:** Ma première question porte sur la première page de votre déclaration où vous indiquez qu'un gouvernement indien doit administrer les services de santé le plus tôt possible. J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'opinion que nous ont livrée les chefs de l'Ontario la semaine dernière. Ils nous ont dit qu'il ne serait ni approprié ni pratique de remettre les fonds à chaque bande individuelle pour qu'elle mette en place les structures voulues. Ils estimaient qu'il fallait laisser intacts les groupes ressources des conseils tribaux, par exemple, pour qu'ils puissent continuer d'aider les bandes. Dois-je comprendre que la solution ne consiste pas nécessairement à prendre les fonds du Conseil du Trésor pour les verser directement aux bandes en faisant sauter toutes les autres structures?

Ce que je veux dire, c'est qu'il ne faut pas démanteler les groupes ressources des conseils tribaux en même temps que la bureaucratie. Je veux parler des groupes intermédiaires qui existent actuellement entre le Conseil du Trésor et les bandes.

**Le vice-chef Delorme:** Il faut les fonds nécessaires à tous les niveaux pour que le système fonctionne bien.

**M. White:** Je vous pose la question parce que les chefs de l'Ontario nous ont fait valoir qu'il ne suffisait pas de transférer les fonds. Je me demandais ce que vous en pensiez. Vous pouvez peut-être me résumer rapidement ce que représente pour vous l'administration du secteur de la santé par un gouvernement indien.

**Le vice-chef Delorme:** Il faut toujours beaucoup de temps pour instaurer de nouveaux systèmes de sorte qu'il serait nécessaire de maintenir certaines personnes en place aux stades préliminaires.

**M. Hendrickson:** Il convient peut-être de préciser un point. L'expérience de l'Ontario est quelque peu différente de celle de la Saskatchewan. D'une certaine façon, la Saskatchewan a des conseils de districts et des conseils tribaux depuis plus longtemps. Elle les appelait simplement d'un autre nom.

En outre, il y a une différence entre organisation politique indienne et administration indienne du secteur de la santé. Le meilleur exemple est le centre de santé indien de Battleford qui a une entente à long terme avec le Conseil du Trésor. Il emploie 54 personnes. Il est orienté vers la communauté. Il fait de la prévention. C'est le seul centre du genre en Saskatchewan qui assure un service communautaire de soins préventifs sous administration indienne, mais il y a seulement huit



[Text]

only eight bands there, which is distinct from the ten bands who belong to that tribal council.

So that given, as Vice-Chief Delorme was saying, there are some developments that are going to have to occur realistically in terms of who wants to aggregate or unite in terms of the service delivery system. It should not be taken for granted that just because Indian Affairs has a prescribed tribal council funding allocation system, that is what or how the health management system, the regime, would be established.

**Mr. White:** Speaking to the treaty groups in my own constituency, they seem to think that dismantling, say, a regional office in Manitoba would be the best thing that could happen. Would it be in the interest of the treaty Indians if somewhere down the road you would do away with that so-called middle man and the funding would go directly to the treaty Indians? What would be missing in a system like that?

• 1010

**Vice-Chief Delorme:** First of all, if you recall, in the beginning of time Indian Affairs was designated a trustee. Now, I would have no problem with dismantling Medical Services and having it controlled more by the Indian people, and keeping Indian Affairs as the trustee people.

**Mr. White:** You talk about direct bilateral affairs. Do you mean that you would like to see negotiations between Treasury Board and each individual band across the country or with FSIN, for example, which represents 72 nations?

**Vice-Chief Delorme:** Yes. In our case we suggest the FSIN or the tribal councils at the district level, or individual bands if they so desire to negotiate bilaterally.

**Mr. White:** So it would not necessarily mean with each individual single band and nothing else. It would be up to the treaty Indians to decide themselves.

**Vice-Chief Delorme:** Yes. Realistically it would probably be cumbersome and a lot of work to negotiate with each band. It would be more simplified if one person or one group were to negotiate for  $x$  number of bands.

**Mr. Duguay:** How much of what you are telling us relates to health care and how much relates to the whole idea of your not having self-government?

**Vice-Chief Delorme:** I guess one would have to look at it in total. When you talk about Indian government, when you talk about Indian health, you are looking at the total package. In order to accommodate what you desire you have to have the necessary tools or funding to accommodate that.

We have looked at Indian control of education. We have been very successful with the Saskatchewan Indian Federated College. Some 11 years ago or so we started with 10 students. Today because of Indian control we have something like 700 students going to the university. There are 100 non-Indians participating in that action. So as I

[Translation]

bandes à cet endroit contre les dix qui appartiennent au conseil tribal dans l'autre cas.

Donc, comme le soulignait le vice-chef Delorme, certains aménagements devront se faire de façon réaliste; tout dépendra du nombre de ceux qui voudront se regrouper pour obtenir les services. Ce n'est pas parce que le ministère des Affaires indiennes aura planifié la répartition des fonds entre les conseils tribaux qu'il faudra nécessairement suivre cette structure pour instaurer le nouveau régime d'administration des services de santé.

**M. White:** D'après les groupes qui ont des traités dans ma circonscription, la première chose à faire est de démanteler le bureau régional du Manitoba. Serait-il avantageux pour les Indiens conventionnés de ne plus dépendre d'un intermédiaire, comme on dit, et d'avoir accès aux fonds directement? Pourquoi un système comme celui-là ne pourrait-il pas fonctionner?

**Le vice-chef Delorme:** Si vous vous souvenez bien, le ministère des Affaires indiennes devait être, au départ, un fiduciaire. Rien n'empêcherait actuellement que les services médicaux passent aux mains des Indiens et que le ministère des Affaires indiennes ne continue de jouer un rôle de fiduciaire.

**M. White:** Vous parlez d'affaires bilatérales directes. Vous voulez dire que le Conseil du Trésor devrait pouvoir négocier directement avec chaque bande du pays ou avec la FNIS, par exemple, qui représente 72 nations?

**Le vice-chef Delorme:** Nous proposons que ce soit avec la FNIS, les conseils tribaux au niveau des districts ou des bandes individuelles, si elles veulent négocier directement.

**M. White:** Donc, ce ne serait pas nécessairement les bandes individuelles qui négocieraient. Ce sont les Indiens conventionnés qui décideraient eux-mêmes.

**Le vice-chef Delorme:** Sur le plan pratique, il serait probablement très compliqué de négocier avec chaque bande. Il serait plus simple qu'une personne ou qu'un groupe négocie au nom d'un certain nombre de bandes.

**M. Duguay:** Dans quelle mesure, nos propos concernent-ils les services de santé et le fait que vous n'avez pas l'autonomie gouvernementale?

**Le vice-chef Delorme:** Il faut voir l'ensemble de la situation. L'autonomie gouvernementale et les services de santé indiens sont liés d'une certaine façon. Pour atteindre certains objectifs, il nous faut les outils nécessaires, les fonds nécessaires.

Nous avons examiné la question du contrôle de l'éducation pour les Indiens. Nous avons eu beaucoup de succès avec le Saskatchewan Indian Federated College. Il y a onze ans, nous avons commencé avec dix étudiants. Grâce au contrôle exercé par les Indiens, ils sont maintenant environ 700 à fréquenter l'université. Il y a

[Texte]

say it is important for the Indian people to be able to govern themselves.

**Mr. Duguay:** Just a last question if I may. Understanding the bureaucracy and the entanglements and all the problems, what do you think are the three most important health problems that native people have and what solutions would you recommend within the framework while we work our way towards self-government?

**Vice-Chief Delorme:** I guess when we look at priorities they have to number much more than three. One example would be the elders for whom we have no system. It is debated by Indian Affairs that it is a Medical Services' problem and vice-versa. Our poor elders are caught in the middle. While we are debating such as now, the problem is still there.

• 1015

We have our handicapped people. In 1981 we said we were going to do something for them. To this day I would say the handicapped have been neglected. That is one area that certainly has to be looked at.

NNADAP has certainly created some benefits. But again we are underfunded in that area, in order to accommodate the full extent of preventiveness. Rather than having a band-aid approach, give us enough funds to develop the preventive areas properly. I think this is the key to the whole situation. In the long run, we can save the government many dollars.

**Mr. Duguay:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Duguay.

**Vice-Chief Delorme,** I want to thank you on behalf of the committee for being with us today, along with your colleagues. Your brief was very interesting and I can assure you it will receive a lot of study from our research colleagues and also from the members of the committee. Perhaps we will have occasion to see you again in the future.

**Vice-Chief Delorme:** I have one question, Mr. Chairman. When will the committee vote on the recommendations, etc.?

**The Chairman:** The process that we go through, Vice-Chief Delorme, is to hear all our witnesses, and we have many dozens. You are near the very beginning. Some time—it will certainly not be until after the summer recess, assuming Parliament is still functioning then—we will be coming to a stage of putting our report together. At that time we will be including in our report those recommendations we think are important.

They may well embody part of yours or some of yours. We do not know at this stage. But we have to get information from all groups first before we accept any

[Traduction]

100 non-Indiens qui participent à cette entreprise. L'autonomie gouvernementale est donc très importante pour les Indiens.

**M. Duguay:** Une dernière question, si vous le permettez. Compte tenu de la bureaucratie et de toutes ses complications, quels sont les trois principaux problèmes auxquels font face les autochtones dans le domaine de la santé et quelles sont vos recommandations à cet égard en attendant les étapes suivantes de l'autonomie gouvernementale?

**Le vice-chef Delorme:** Il doit y avoir plus de trois priorités. Les anciens, par exemple, n'ont rien actuellement. Les Affaires indiennes et les services médicaux se renvoient la balle. Nos pauvres anciens sont pris entre les deux. Pendant que les responsables discutent, les anciens sont privés de services.

Nous avons des handicapés au Canada. On a dit en 1981 que l'on ferait quelque chose pour eux. Je dirais que, jusqu'ici, les handicapés ont été négligés. C'est un domaine où manifestement une certaine réflexion s'impose.

Il est indéniable que le PNLADA a eu du bon. Encore une fois, les fonds manquent dans ce domaine, pour la réalisation d'un programme complet de prévention. Au lieu d'adopter une démarche fragmentaire, donnez-nous suffisamment de fonds pour que nous puissions entreprendre de bons programmes de prévention. À mon avis, c'est la pierre de touche de tout le système. À longue échéance, cela fera épargner beaucoup d'argent au gouvernement.

**M. Duguay:** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Duguay.

**Vice-chef Delorme,** je tiens à vous remercier, vous et vos collègues, d'être venus aujourd'hui. Votre mémoire était des plus intéressants; je peux vous promettre qu'il sera examiné avec soin par nos chercheurs et aussi par les membres du Comité. Nous aurons peut-être l'occasion de nous revoir.

**Le vice-chef Delorme:** J'ai une question, monsieur le président. Quand le Comité va-t-il se prononcer au sujet des recommandations, par exemple?

**Le président:** La procédure que nous suivons, monsieur, consiste à entendre tous les témoins, et nous en avons des douzaines. Vous êtes l'un des premiers. À un moment donné—il est certain que cela se fera après l'ajournement d'été, en supposant que le Parlement siège toujours—nous entreprendrons la rédaction de notre rapport. Nous y inclurons toutes les recommandations que nous jugeons importantes.

Il est possible que ce rapport fasse état de certaines de vos recommandations. Pour l'instant, rien n'est certain. Nous devons d'abord recueillir les vues de tous les



[Text]

recommendations. We do appreciate what you have brought to us today, particularly the detailed brief you have left with us.

**Vice-Chief Delorme:** Very good. Thank you for seeing us.

**The Chairman:** Thank you for coming.

**Ms Mitchell:** Can we assure the group that, within our study of the health care system generally, which is a very complex system in Canada, we will include the special problems of Indian communities?

**The Chairman:** Oh, I think so.

**Ms Mitchell:** I think it would be easy. I know in child care we felt we just could not cope with that; it was a sort of different jurisdictional arrangement and so on. But I would like to make sure that we are going to include this as one section of our report.

**The Chairman:** Ms Mitchell, as your chairman, I have been through similar committee hearings before with the disabled and handicapped. Vice-Chief Delorme was there. As he knows, and perhaps you were not aware, we did have a special report just on that. So I am sure that this committee is going to want to allocate a certain amount of space and time to this very special problem that the Indians have with respect to health care delivery.

**Ms Mitchell:** It is very important.

**The Chairman:** I think I can reassure you, given the support the committee, that we will do that.

**Vice-Chief Delorme:** We will send you further background information on this, as requested.

**The Chairman:** That would be very helpful. Thank you very much.

**Vice-Chief Delorme:** Thank you.

**The Chairman:** The Chair would now like to call upon the representatives from the Canadian Health Coalition to come to the table, please.

**Ms Carol Richardson (Executive Co-ordinator, Canadian Health Coalition):** We have a brief presentation. I believe the committee has already received our brief and has copies. We would like to begin our presentation by thanking the committee for providing us with the opportunity to present our suggestions on how funding of the Canadian health care system could be improved.

• 1020

Although we submitted a brief at the end of March, we would like to make some additional comments based on the revised terms of reference, which we recently received in the mail. We were pleased to note that the revised terms of reference now include specific mention of the

[Translation]

groupes avant de retenir certaines recommandations. Nous vous savons gré des instances que vous avez formulées aujourd'hui, et notamment du mémoire détaillé que vous nous avez remis.

**Le vice-chef Delorme:** Très bien. Merci de nous avoir rencontrés.

**Le président:** Merci d'être venus.

**Mme Mitchell:** Peut-on promettre à ce groupe que, dans le cadre de notre étude générale du régime des soins de santé, régime des plus complexes au Canada, nous allons faire état des problèmes propres aux collectivités indiennes?

**Le président:** Oui, je le crois bien.

**Mme Mitchell:** La chose devrait être facile. Je sais que, à l'égard des garderies, nous avons estimé que nous ne pouvions nous y arrêter, étant donné que cela relevait d'autres compétences. J'aimerais toutefois m'assurer que nous le mentionnerons dans notre rapport.

**Le président:** Madame Mitchell, en ma qualité de président, j'ai déjà assisté à des réunions de comités semblables au sujet des invalides et des handicapés. Le vice-chef Delorme y assistait. Comme il le sait, mais vous l'ignorez peut-être, nous avons rédigé un rapport distinct sur cette question. Nul doute, à mon avis, que notre Comité tiendra à se pencher sur ce problème bien particulier pour les autochtones, celui des services de santé.

**Mme Mitchell:** C'est très important.

**Le président:** Je crois pouvoir vous promettre qu'avec l'appui de Comité, nous en tiendrons compte.

**Le vice-chef Delorme:** Suivant votre requête, nous vous ferons parvenir des renseignements complémentaires à ce propos.

**Le président:** Cela nous sera des plus utiles. Merci beaucoup.

**Le vice-chef Delorme:** Merci.

**Le président:** Je prie le représentant de la Coalition canadienne de la santé de bien vouloir se présenter.

**Mme Carol Richardson (coordonnatrice du bureau, Coalition canadienne de la santé):** Nous avons rédigé un mémoire, que le Comité a déjà en main, je crois, car nous l'avons reproduit. D'emblée, nous tenons à remercier le Comité de nous permettre de faire valoir nos vues concernant les moyens d'améliorer le financement du régime canadien de la santé.

Nous avons remis un mémoire à la fin de mars, mais nous aimerions y apporter des observations supplémentaires suite à la modifications de votre mandat, dont nous avons récemment pris connaissance par la voie du courrier. Nous avons eu plaisir à constater que ce



## [Texte]

Canada Health Act. This is a quote from the revised terms of reference:

The desirability of developing a transitional funding structure for certain community-based programs—

**The Chairman:** Could I interrupt for a moment? You made reference to revised terms of reference, but the Chair does not recollect having issued revised terms. The clerk informs me that it was a spelling error that was corrected.

**Ms Kathleen Connors (Vice-Chairperson, Canadian Health Coalition):** I believe when the coalition determined whether we would in fact provide a presentation to the committee it was based on the ad placed in the papers, and certainly the wording of the ad we saw is different from the actual words of the terms of reference that were subsequently sent to the Canadian Health Coalition. So from that we concluded that things had been revised.

**The Chairman:** Yes. Well, I think, in fairness, we did not revise anything, although I suspect that maybe the ad was an abbreviated form of the specific terms of reference the committee had. I am sorry to interrupt you—

**Ms Copps:** Is this the original [*Inaudible—Editor*]?

**Ms Richardson:** No, actually it did not, and that is why we were pleased. As a matter of fact, I have a copy of the terms of reference here and it says specifically “revised terms of reference” for the study on the health care system.

**Ms Copps:** We actually had quite a discussion in our group, because I would not go along with the committee unless we incorporated the principles of the Canada Health Act, and we did have quite a debate. But those were supposed to be the original terms of reference. So I do not know how the ad went out without that.

**The Chairman:** That is what they received, Sheila, and that is fine.

**Ms Copps:** But she said that the ad does not refer to that and it says “revised terms of reference”.

**Ms Richardson:** Maybe the ad is an abbreviated form of the terms of reference, but certainly the publication we have received here from your committee clerk, Patricia Russell, includes some things that did not originally appear in the advertisement that was in the paper.

**The Chairman:** You are certainly quite at liberty to address those more detailed terms of reference.

**Ms Richardson:** Yes, and we were pleased to see that.

**Ms Mitchell:** Just on a point of order, could committee members have a copy of the package that went out to groups, just so we can all be clear on that?

## [Traduction]

mandat révisé porte désormais la mention précise de la Loi canadienne de la santé. Voici un passage du mandat révisé:

L'opportunité d'établir des structures provisoires de financement pour le compte de certains programmes communautaires. . .

**Le président:** Puis-je vous interrompre un instant? Vous parlez de mandat révisé, mais je ne me souviens pas d'avoir établi un tel mandat. La greffière m'avise qu'elle a simplement rectifié une coquille.

**Mme Kathleen Connors (vice-présidente, Coalition canadienne de la santé):** Sauf erreur, lorsque la Coalition s'est demandé si elle devait remettre un mémoire au comité, elle a consulté l'annonce qui a paru dans la presse, dont le libellé différait manifestement du texte du mandat que la Coalition canadienne de la santé a reçu par la suite. C'est ce qui nous a amenés à conclure que ce mandat avait été révisé.

**Le président:** Bon. Je dois dire, en toute justice, que nous n'avons rien révisé, mais l'annonce renfermait probablement une formule abrégée du mandat confié au comité. Je suis navré de vous avoir interrompue. . .

**Mme Copps:** Est-ce l'original [*Inaudible—Éditeur*]?

**Mme Richardson:** Non, et c'est ce qui nous a réjouis. En fait, j'ai par devant moi un exemplaire de ce mandat, où l'on dit bien «mandat révisé» à propos de l'étude du régime de santé.

**Mme Copps:** Nous en avons effectivement bien discuté au sein du groupe, car je ne pouvais me ranger à l'avis du comité, à moins que l'on ne fasse état des principes énoncés dans la Loi canadienne de la santé, ce qui a donné lieu à tout un débat. C'est ce que devait être le mandat, à l'origine. Je ne comprends pas alors pourquoi l'annonce n'en parle pas.

**Le président:** C'est ce que la Coalition a reçu, Sheila, donc tout va bien.

**Mme Copps:** Pourtant elle a dit que l'annonce ne le mentionne pas mais qu'on y parle de «mandat révisé».

**M. Richardson:** Il se peut que l'annonce comporte un texte abrégé du mandat, mais chose certaine, la publication que nous avons reçue de la greffière de votre comité, Patricia Russell, comporte certains éléments qui ne figuraient pas à l'origine dans l'annonce qui a paru dans la presse.

**Le président:** Vous avez certes toute latitude pour aborder les questions figurant dans le mandat détaillé.

**Mme Richardson:** Bon, et c'est ce qui nous plaît

**Mme Mitchell:** Rappel au Règlement: les membres du comité pourraient-ils obtenir un exemplaire de la documentation qui a été envoyée aux groupes devant comparaître, pour que l'on puisse élucider cette question?

[Text]

**The Chairman:** Yes, we will send a package around to each member.

Please carry on, Ms Richardson. Is it Dr. Richardson?

**Ms Richardson:** I am a social policy analyst.

**The Chairman:** I see, okay.

**Ms Richardson:** We want to begin to address these two issues, and they specifically are the Canada Health Act and the issue of the transitional funding clause, which is in the terms of reference we received later on in the mail; but, before we get into those two issues, I guess we should describe our organization a bit.

The Canadian Health Coalition is a diverse and broadly based coalition of over 34 national organizations and 8 provincial health coalitions. The CHC is multi-tiered, and we were established over nine years ago. A mandate of the Canadian Health Coalition is to improve and protect Canada's Medicare system.

Funding for CHC activities is only obtained from membership donations, from no other sources.

To return to some of our concerns, particularly in reference to the Canada Health Act, in looking through the Canada Health Act we found that it was clear in stating the primary objective of Canadian Health Care policy—and this is a quote from page 5 of the Canada Health Act:

It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada. . .

With respect to this objective, it is imperative that funding strategies for health care services be developed to address this objective, as well as action plans to foster collective action against social, environmental, and occupational causes of disease.

We would like to stress the term "collective action". Only with the direct federal participation in this collective action will the health of Canadians be improved.

Individual action is also necessary—we agree with that—but individual changes in lifestyle as they relate to health status will be negligible without addressing the primary root causes of poor health status.

• 1025

In the second paragraph—and I am going to refer you to our brief itself, on page 7—we point out the link between low income and poor health status. Research findings increasingly link low income to poor health status. Unemployment is without doubt the phenomenon that most negatively affects an individual's financial ability to participate in Canadian society and insidiously erodes an individual's definition of self as a worthwhile

[Translation]

**Le président:** Oui, nous en enverrons un à chaque membre.

Veuillez poursuivre, M<sup>me</sup> Richardson. Vous avez un doctorat?

**Mme Richardson:** Je suis analyste en politique sociale.

**Le président:** Bon, je vois.

**Mme Richardson:** Il y a deux questions que nous voulons aborder, plus précisément la Loi canadienne de la santé et la question du financement provisoire, dont il est question dans le mandat que nous avons reçu plus tard par le courrier, mais avant d'entrer dans le corps du sujet, j'aimerais vous donner un bref aperçu de notre organisation.

La Coalition canadienne de la santé est une association composée d'une grande diversité d'organismes, soit plus de 34 organismes nationaux et huit coalitions provinciales de la santé. La CCS, qui opère à plusieurs paliers, a été fondée il y a un peu plus de neuf ans. Elle a pour mandat d'améliorer et de protéger le régime de santé au Canada.

Pour s'acquitter de sa tâche, la CCS n'a qu'une seule source de financement, soit les dons de ses membres.

Pour en revenir à certaines de nos préoccupations, notamment à l'égard de la Loi canadienne de la santé, lorsque nous avons consulté ce texte législatif, nous avons constaté que le premier objectif de la politique canadienne de la santé y est clairement énoncé—et je cite un passage de la Loi canadienne de la santé, page 5:

La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada. . .

Pour réaliser cet objectif, il est nécessaire d'établir des stratégies de financement afin d'assurer les services de santé, et de dresser aussi des plans à caractère collectif pour lutter contre les causes sociales, écologiques et professionnelles des maladies.

Nous tenons à mettre l'accent sur l'expression «à caractère collectif». Ce n'est qu'avec le concours immédiat du gouvernement fédéral pour l'établissement d'un plan collectif que nous pourrions améliorer la santé des canadiens.

Les particuliers doivent aussi agir de même—nous en convenons—mais modifier ses habitudes afin d'améliorer sa santé n'a qu'un effet négligeable, si l'on n'attaque pas le mal à la racine.

Dans le deuxième paragraphe—et je vous réfère à la page 8 de notre mémoire—nous signalons que la recherche a permis d'établir de plus en plus un rapprochement entre un revenu faible et un état de santé déficient. Le chômage est sans aucun doute le phénomène qui empêche le plus les gens d'apporter leur contribution, du point de vue pécuniaire, à la société; de plus, il mine la confiance de ces gens quant à leur capacité d'assumer



## [Texte]

and productive member of society. Specific groups, such as the elderly and native people, are particularly vulnerable to the ill effects of poverty. It is the health and social service system that is left to deal with the individual human tragedy resulting from marginalization.

The link between poverty and illness is direct, and endeavours to reduce the costs involved in maintaining Medicare as a universal social program must first address the sources of illness in our population. To this end we suggest that funding initiatives be directed towards. . . and I have a list of initiatives on page 8 of our brief.

I also wanted to bring the committee's attention to the last two pages of the brief, which refer to suggested sources for further study. These particular sources we have found quite good in looking at socio-economic status and the link between socio-economic status and poor health status. Two particular reports we found were quite good were a study by Edwardh and Miller and another study done by Berkman, which has been published in the *Journal of Epidemiology*, "Social Class, Susceptibility and Sickness".

On funding initiatives, basically we have made four recommendations. The first one is for creating funding flexibility for the implementation of a range of socio-health services, which would address the whole individual as "he or she lives, works, and plays". These services in turn refer to the preamble in the Canada Health Act, speaking of promoting, conserving, and restoring health, etc. The second initiative we have suggested is capital expenditures and cost-shared operating costs for community health centres, or CLSCs, as they are known in Quebec. These centres would offer a comprehensive range of social service programs.

We would also like to bring to the committee's attention the fact that several studies have been done on rates of hospitalization of clients using the services of community health centres, and in some of those studies it has been shown that the rates of hospitalization were less. We would like to see some further research on that particular aspect.

The third point is providing federal cost-shared funding for programs that would encourage community or home care programs for the elderly, disabled, and post-psychiatric patients. This would in turn discourage the current trend of inhumane and expensive institutionalization.

The fourth point is to provide cost-shared funding for national research programs and a comprehensive data base, which will facilitate long- and short-term federal and provincial socio-health planning and provide for the periodic adjustment of our health care system to meet our changing needs. We feel this is a particularly important point: that there needs to be flexibility in the health care system.

## [Traduction]

un rôle productif et utile dans la société. Certains groupes, comme les personnes âgées et les autochtones, sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la pauvreté. Ce sont les services sociaux et médicaux qui doivent, en dernier recours, soulager les victimes de cette tragédie humaine.

Comme le lien entre la pauvreté et la maladie est direct, il est évident qu'il faut d'abord déterminer les causes de maladie dans la population si l'on veut réduire les coûts du maintien de l'universalité des services médicaux. À cette fin, nous préconisons diverses initiatives de financement axées sur. . . et ces initiatives figurent en détail à la page 9 de notre mémoire.

Je tiens aussi à signaler au comité les deux dernières pages de notre mémoire, qui comportent nos références bibliographiques. Nous y avons trouvé une mine de renseignements sur le statut socio-économique et son lien avec un état de santé déficient. En particulier, deux rapports nous ont frappés dans ce domaine, soit l'étude d'Edwardh et Miller et celle de Berkman, qui a paru dans le *Journal of Epidemiology*, sous le titre «Social Class, Susceptibility and Sickness».

Au sujet des initiatives de financement, nous les résumons sous forme de quatre recommandations. La première, c'est de favoriser une plus grande souplesse en matière de financement afin de mettre sur pied un ensemble de services socio-médicaux qui s'adresseraient à tous les besoins de la personne dans toutes ses activités. Pour reprendre les termes du préambule de la Loi canadienne de la santé, ces services devraient chercher à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé, et ainsi de suite. La deuxième, c'est d'affecter des fonds aux dépenses en immobilisations et au partage des frais d'exploitation des CLSC qui offriraient une gamme complète des services sociaux et médicaux.

Nous tenons également à signaler au comité que plusieurs études ont été effectuées au sujet des taux d'hospitalisation des clients des CLSC; certains chercheurs ont constaté que les taux d'hospitalisation y sont moindres. Nous aimerions que l'on approfondisse cette question.

La troisième, c'est d'appliquer aux programmes la formule fédérale du partage des coûts afin de favoriser l'établissement de programmes communautaires ou de soins à domicile pour les personnes âgées, les handicapés et les patients postpsychiatriques. On inverserait ainsi l'actuelle tendance coûteuse et inhumaine à l'hospitalisation prolongée.

La quatrième, c'est de financer, grâce à la formule des frais partagés, la mise sur pied de programmes de recherche nationaux et d'une base de données portant sur tous les domaines de la santé, qui constitueraient, en matière des services sociaux et médicaux, des outils de planification à court et à long terme pour le fédéral et les provinces, de sorte que l'on puisse modifier périodiquement les régimes de santé en fonction de



[Text]

On page 9 of our brief we suggest the required funding for preserving the basic principles of Medicare and for implementing our proposed federal funding initiatives be obtained from general income tax revenues, the rearrangement of federal and provincial funding arrangements, savings produced by reducing structural inefficiencies—and by “structural inefficiencies” we mean such things as the ineffective use of technology and physicians’ services. The fourth point is that all parties concerned with the funding, implementation, and use of a social health care system for Canada should be involved in the policy-making procedure.

• 1030

One very important point we want to make is the need for redirection of leadership through federal spending power. Presently, most funding for health care programs in Canada is focused on curing illness rather than preventing disease. Canada is a wealthy industrial country and can very well afford to maintain its current health care funding arrangement and supplement this system with a transitional funding structure for those community and preventive health services we mentioned in our brief.

We would like to bring to your attention page 5 of our brief. This section outlines our concern for the role of federal leadership in the process of changes in the Canadian health care system. We believe that without this leadership the possibility of evolution within our Medicare system will be negligible. This leadership will require the enhancement of federal financial support for provincial health care expenditures on preventive services now covered by the Established Programs Financing Act. As well, we believe there should be federal funding grants for provincial community health services and programs which will discourage current trends towards the increasing institutionalization of Canada’s elderly.

That sums up our verbal comments.

**The Chairman:** Thank you very much, ladies.

I am going to recognize the government side first. They got shortchanged in the last round. Mr. Duguay, you are first.

**Mr. Duguay:** First of all, the question of federal leadership. It is always a difficulty for the federal government in an area of provincial jurisdiction to exercise leadership. The provinces resent it. I wondered if you had any specific ideas about what it is we could do in that leadership. Which programs would you recommend?

[Translation]

l'évolution des besoins. Cette recommandation revêt une importance particulière pour nous; tout régime de santé se doit d'être souple.

À la page 10 de notre mémoire, nous proposons que les crédits nécessaires à la sauvegarde des principes fondamentaux de l'assurance-maladie universelle et à la mise en oeuvre des initiatives de financement que nous préconisons, soient recueillis à partir de revenus fiscaux supplémentaires, par la refonte des accords de financement entre les provinces et le fédéral, au moyen des économies obtenues par la réduction des inefficacités structurelles «dont le recours à mauvais escient aux médicaments et à la technologie». En quatrième lieu, toutes les parties intéressées au financement, à la mise en oeuvre et à l'utilisation d'un régime de services sociaux et médicaux devraient participer à l'élaboration des politiques.

Le point fort important que nous voulons faire ressortir, c'est que le gouvernement fédéral, grâce à ses pouvoirs de dépenser, doit jouer un rôle de premier plan dans la restructuration du régime actuel. De nos jours, les fonds que le Canada réserve aux programmes de santé visent surtout la guérison au lieu de la prévention. Pays industrialisé des plus riches, le Canada peut fort bien se permettre de conserver ses écarts actuels de financement des services de santé, voire y ajouter des structures de financement provisoires pour le compte des collectivités et des services de prévention dont notre mémoire fait état.

Nous attirons votre attention sur les remarques figurant à la page 5 de notre mémoire. Nous y faisons valoir la nécessité d'une direction fédérale au cours de l'évolution du régime canadien des services de santé. À notre avis, une telle évolution sera négligeable, en l'absence d'une direction fournie par le fédéral. Ce dernier devra veiller à rehausser l'appui financier qu'il accorde aux provinces pour les services de prévention dont fait état la Loi sur le financement des programmes établis. En outre, le gouvernement fédéral devrait prévoir des subsides aux services et aux programmes provinciaux de santé établis dans les localités, pour mettre fin à la tendance actuelle, trop fréquente au Canada, qui est d'hospitalier les personnes âgées.

Voilà qui termine notre présentation.

**Le président:** Merci bien, mesdames.

Je vais tout d'abord céder la parole à un député ministériel. Ces derniers ont été défavorisés lors du dernier tour. À vous de commencer, monsieur Duguay.

**M. Duguay:** Tout d'abord, la question d'une direction fédérale. Lorsqu'il s'agit d'un domaine qui relève des provinces, le gouvernement fédéral se trouve toujours dans une situation délicate. S'il intervient, il se heurte aux provinces. Je me demande si vous avez des idées précises sur la manière dont il peut fournir une telle direction. Quel genre de programmes préconiseriez-vous?

[Texte]

**Ms Richardson:** We were pleased the revised terms of reference included this term "transitional funding arrangements". Specifically what we recommend and what we believe needs to be done is a targeting or a charting of a path by the federal government by providing either grants or lump sums that the provinces could utilize for community health programs and social programs. At several points in our brief we refer to a socio-health care system. We believe in terms of decreasing the amount of institutionalization, particularly in terms of Canada's elderly. In order to do that we are going to need increased social programs as well as health programs so there is not a separation, particularly when you are looking at an elderly population.

**Mr. Duguay:** Let me give you a specific example. My community has one of the best hospitals in the world, St. Boniface Hospital. I forget the exact numbers, but they have a large number of beds in a tertiary care facility used for geriatric patients—the kind of point you have made. What federal leadership would you suggest we can apply to change that? As I see it now, there is not any need for anybody to do anything but for the province just to decide to do something else. What is it that you want the federal government to do? What can we do?

**Ms Connors:** Mr. Duguay, I have followed the debate and discussion at meetings of federal-provincial health ministers, and there has been a call from provincial governments to put in place this transitional funding. One province, the province of Manitoba, prior to the defeat of the NDP government, had in fact tabled a law at the provincial level putting in place an act that would provide some transitional funding. I think the same sort of thing is needed at the federal level. By showing leadership through putting in place transitional funding for programs such as community-based delivery of service, you can show the way to the provinces.

• 1035

On the issue of it being purely a provincial jurisdiction, I think there is some question whether in fact this is so. In looking at the Meech Lake Accord justices have commented that really in fact health care delivery is a shared responsibility with input from both the federal and the provincial governments. We are calling on the federal government to play a leadership role by funding, by doing some additional research to back up and show the provinces that in fact there are more cost-effective ways of delivering health care in this country as compared to high-cost, high-tech institutional care.

**Mr. Duguay:** I do not have any disagreement with you that we have a role to play. It is not only obvious; we have accepted it. The federal government has been in what is

[Traduction]

**Mme Richardson:** Nous avons eu plaisir à constater que le mandat révisé mentionne les «accords provisoires de financement». Plus précisément, ce que nous recommandons, ce qui devrait se faire, à notre avis, c'est que le gouvernement fédéral indique la voie à suivre, en octroyant des subventions ou des sommes forfaitaires que les provinces pourraient octroyer à des programmes sociaux et médicaux d'ordre communautaire. Il est maintes fois question dans notre mémoire d'un régime de soins socio-médicaux. Nous croyons qu'il faut diminuer le nombre de patients dans les établissements, notamment les personnes âgées. À cette fin, nous devons prévoir un plus grand nombre de programmes sociaux et médicaux, pour qu'il y ait moins de patients mis à l'écart, notamment parmi les personnes âgées.

**M. Duguay:** Permettez-moi de vous citer un exemple précis. Ma localité possède l'un des meilleurs hôpitaux du monde, soit l'Hôpital Saint-Boniface. J'ignore le chiffre exact, mais je sais qu'il possède un grand nombre de lits dans une unité de soins tertiaires réservée aux patients gériatriques—précisément ce dont vous parliez. Que suggérez-vous en fait d'intervention fédérale afin de modifier cet état de choses? À mon sens, nulle intervention n'est nécessaire, il suffit simplement que la province elle-même opte pour autre chose. Que voulez-vous que le gouvernement fédéral fasse? Que peut-il faire?

**Mme Connors:** Monsieur Duguay, j'ai suivi les délibérations des ministres fédéral et provinciaux de la Santé, et je sais que les provinces elles-mêmes ont réclamé des modalités provisoires de financement. En fait le Manitoba, juste avant la défaite du gouvernement néo-démocrate, avait déposé un projet de loi à l'Assemblée législative provinciale afin de mettre en oeuvre de telles modalités provisoires. J'estime que c'est ce genre de mesures que le gouvernement fédéral doit prendre. En faisant preuve d'initiative par l'établissement de modalités provisoires à l'égard de programmes offerts par les localités, par exemple, il peut encourager les provinces à suivre son exemple.

Quant à la question de savoir si cela relève uniquement de la compétence des provinces, je pense que c'est loin d'être clair. D'ailleurs, dans le contexte de l'accord du lac Meach, les juges ont dit qu'en vérité la prestation des services de santé est une responsabilité que doivent se partager le gouvernement fédéral et les provinces. Nous exhortons le gouvernement fédéral à jouer un rôle de leader en assurant le financement nécessaire et en entreprenant des travaux de recherche supplémentaires pour donner suite à ce qui a été fait et pour montrer aux provinces qu'il existe des moyens plus rentables d'assurer des services de santé au Canada que dans le cadre d'établissements où les coûts sont élevés et où l'accent est mis sur la technologie de pointe.

**M. Duguay:** Je ne vous contredirai pas lorsque vous déclarez que nous avons un rôle à jouer. Non seulement c'est évident, mais nous l'avons déjà reconnu. Le



[Text]

constitutionally an exclusive provincial jurisdiction for some time. So having acknowledged that, I do not disagree with you.

You have talked about redirection of funding. What interests me is the whole idea that more funding is needed. One of the things I have not been able to get anybody to talk about and accept is the idea that there are some things we are doing now that we ought to cut out. I do not see anyone volunteering to say that these things should be done to save money.

For instance, on the question of technology. We have rural hospitals that are partially empty and city hospitals that are brimming. We have the famous CAT-scans. No one in my province has been willing to talk about what and who should have access to these things. They do not want to make the decisions that you cannot put one in every hospital in Manitoba. They do not want to make that decision and then say there will be one in Winnipeg, Brandon and one rural area and another northern area and here are the methods by which we will decide who gets them and who does not. If you let patient who walks into a hospital into them, you will not be able to afford the system. What tough decisions should we be making? I think part of our mandate is to tell people what we think they should cut. Please do not use my province as a great boon for health care. You will get me into quite a political debate if you do that, and my colleague Brian.

**Ms Mitchell:** A world of life has come to Manitoba.

**Mr. Duguay:** We did not say that either.

**Ms Connors:** I think, in all fairness, there are individuals across this country who are willing to address the questions. Maybe you are just not speaking to those who are.

**Mr. Duguay:** Give me a list and I will call every one of them myself.

**Ms Connors:** Okay. Mr. Duguay, nurses in the province of Manitoba and across this country have said that there is a need to redirect the funding and allocation. Nurses are quite capable and very willing to work in the community; and if that means that those rural facilities become community health centres rather than acute-care facilities, then let us take the bull by the horns and get going with that sort of thing across the country. Politicians have built institutions to buy votes. I am sorry. That is how we see it. Every seven, ten miles down the road in rural areas there are facilities that cannot provide the kind and quality of services that is needed, and certainly you cannot put technology in without having

[Translation]

gouvernement fédéral s'occupe depuis quelque temps déjà d'un facteur qui revient exclusivement aux provinces en vertu de la Constitution. Cela étant reconnu, je suis d'accord avec vous là-dessus.

Vous avez parlé de la réorientation des fonds. Ce qui m'intéresse c'est la nécessité d'un supplément de crédits. L'une des choses au sujet de laquelle je n'ai encore réussi à faire parler personne et que personne n'aura jusqu'ici acceptée, c'est l'idée qu'il faudrait supprimer certains services actuelles. Or, personne ne se précipite pour dire que ce genre de mesure devrait être prise pour économiser de l'argent.

Prenez par exemple la question de la technologie. Il y a des hôpitaux dans les régions rurales qui sont à moitié vides et des hôpitaux en ville qui débordent. Il y a les fameux examens tomodensitométriques. Personne dans ma province n'a voulu parler de cela et des personnes qui devraient en bénéficier. Ils ne veulent pas être de ceux qui décideront que l'on ne pourra pas équiper tous les hôpitaux du Manitoba avec ce genre de choses. Ils ne veulent pas prendre cette décision et disent qu'il y aura une de ces machines à Winnipeg, une à Brandon, une à la campagne et une dans le Nord et dire quelles méthodes seront utilisées pour décider qui pourra en bénéficier et qui ne le pourra pas. Si vous laissez tous les patients qui se présentent à l'hôpital s'en servir, vous n'aurez pas suffisamment de moyens pour en couvrir le coût. Quelle décision difficile devrions-nous prendre? Je pense qu'une partie de notre mandat, c'est de dire aux gens ce qui devrait selon nous être supprimé. Ne dites pas de ma province qu'elle est une bénédiction pour les services de santé. Si vous faites cela, vous me jetterez, moi et mon collègue Brian, dans tout un débat politique.

**Mme Mitchell:** Tout un nouveau monde vient de voir le jour au Manitoba.

**M. Duguay:** Ce n'est pas ce que nous avons dit non plus.

**Mme Connors:** Avec tout le respect que je vous dois, il y a des personnes dans le pays qui seraient prêtes à examiner ces questions. Peut-être que vous ne vous adressez pas aux bonnes personnes.

**M. Duguay:** Donnez-moi une liste et j'appellerai moi-même chacune de ces personnes.

**Mme Connors:** D'accord. Monsieur Duguay, les infirmières du Manitoba et de l'ensemble du pays disent qu'il faut réorienter et réaffecter les fonds. Les infirmières sont tout à fait capables et désireuses de travailler dans les quartiers. Si cela signifie que ces installations rurales devront devenir des centres de soins communautaires plutôt que des centres de soins actifs, alors prenons le taureau par les cornes et faisons cela à l'échelle du pays. Les politiciens ont construit pour acheter des voix. Je regrette, mais c'est ainsi que nous voyons les choses. A la campagne on trouve tous les sept ou dix milles des installations qui ne peuvent pas assurer le genre et la qualité des services dont les gens ont besoin, et l'on ne



**[Texte]**

the trained professionals able to be there to monitor and provide the care—that sort of thing.

I think we will have some problems out there until the whole focus is changed. Until we have citizens, health care providers, aside from the traditional gatekeeper to the health care system, the physician, those sorts of things are going to remain. The actual change was the amendment to the Canada Health Act when the “medical practitioner” became “health care practitioner”, and still there are no changes really in place at the provincial level to allow more than that one access to the health care system. So that I think again it is incumbent on the federal government to use its leadership role to open up the system, so that you can access these things through more than one individual in the health care team. It may be an important member of the health care team, but it has to be opened up.

I do not think there is a total reluctance to discuss those sorts of things. I know there are a number of health care team members who can see that working quite well.

• 1040

**Mr. Duguay:** Thank you. I appreciate that, and I will have a look to see whether or not they have made any suggestions in my province. I think my colleague would agree. I could take you on a couple of scenic tours of some monuments that are left behind in Manitoba.

**Mr. White:** Welcome, ladies. I have just a couple of brief questions, but first I want to comment on something you said. You said politicians have built institutions to buy votes, and you are probably quite right. That crosses all party lines. But we also have to consider that those votes are put up for sale by the public as well, so it is a two-way street. I think we have to consider the fact that the public considers that as well whenever they are talking to politicians. But you are right.

I spent eight years on a school board, and I want to get your comment on this transitional funding area. At the school board level we were very apprehensive about transitional funding programs. We would have something come from the provincial government, regardless of political stripe, or there would be transitional funding for a program and three years down the road we would have to take over funding of that totally ourselves. We were always very cautious.

I wonder if you see that happening in health care, where a province would say, no, I do not think we had better go along with that because five or ten years from

**[Traduction]**

peut pas mettre en place la technologie sans les professionnels formés pour assurer et surveiller les soins. . . voilà les problèmes qui se posent.

Je pense que des problèmes de ce genre existeront jusqu'à ce que tout le système soit réorienté. Ces problèmes vont demeurer jusqu'à ce que nous ayons des citoyens et d'autres travailleurs de la santé, en plus des gardiens traditionnels du régime de santé, les médecins. Le véritable changement est venu lorsque la Loi canadienne sur la santé a été modifiée pour remplacer le mot «médecin» par l'expression «professionnel de la santé». Or, il n'y a pas toujours eu de véritables changements au niveau provincial pour créer plus d'ouvertures dans les services de santé. Encore une fois, c'est pourquoi il revient selon moi au gouvernement fédéral d'utiliser son rôle de leader pour ouvrir le système, afin que pour avoir accès à ces différents services l'on ne soit pas tenu de ne s'en remettre qu'à un seul membre de l'équipe de santé. Il s'agit peut-être d'un membre important de l'équipe, mais il faut que le système soit un peu plus ouvert.

Je ne pense pas qu'il y ait un refus catégorique de discuter de ce genre de choses. Je sais que beaucoup de professionnels de la santé pensent que la formule envisagée fonctionnerait assez bien.

**M. Duguay:** Merci. J'apprécie vos réponses, et je vérifierai pour voir si des suggestions ont été faites dans ma province. Je pense que mon collègue serait d'accord. Je pourrai vous faire une visite guidée de certains monuments qu'ils nous restent toujours au Manitoba.

**M. White:** Bienvenue, mesdames. Je n'ai que quelques petites questions à vous poser, mais j'aimerais tout d'abord faire un commentaire au sujet d'une de vos déclarations. Vous avez dit que les politiciens ont construit des hôpitaux pour acheter des voix, et vous avez sans doute raison. Cela vaut pour tous les partis politiques. Il ne faut cependant pas oublier que ces suffrages sont en même temps vendus par le public: cela marche dans les deux sens. Il ne faut donc pas oublier que le public en tient compte lui aussi lorsqu'il discute avec les politiciens. Quoi qu'il en soit, vous avez tout à fait raison.

J'ai pendant huit ans siégé à une commission scolaire et j'aimerais savoir ce que vous pensez de la question des fonds de transition. Au niveau des commissions scolaires, nous étions très inquiets face à ces programmes de financement de transition. Le gouvernement provincial, quel que soit le parti au pouvoir, nous donnait de l'argent, ou bien il y avait des fonds de transition pour un programme et nous savions que trois ans plus tard il nous faudrait en assumer tout seuls le financement. Nous étions toujours très prudents.

Pensez-vous que la même chose pourrait se produire pour les soins médicaux, à savoir qu'une province pourrait dire: non, je ne pense pas qu'il soit bon que nous

[Text]

now we will be stuck with the whole cost ourselves. Would transitional funding work, do you think?

**Ms Richardson:** Maybe it is the interpretation of what transitional funding means. When we mention it in our comments here, in fact what we mean is transitional funding, and the transition is from a curative system to a preventive system rather than from federal to provincial. So the focus would be federal grants or whatever strategies, and certainly a lot of us need to get together and do some work on this, to look at it. But the idea is evolving, turning the system around. I have read some other presentations to this committee from various organizations, and there is a real focus by other organizations also on moving the health care system towards a preventive model, and in fact, if we have a healthier population it is much less costly in terms of keeping them healthy and keeping them out of geriatric long-term centres.

**Mr. White:** I want to clarify one point before I ask my final question. On page 3 you say that:

Our obvious concern about Medicare has been amplified because of suggestions that it is one of Canada's most costly universal social programmes.

Is it just suggestions, or is it in fact our most costly one? If we look at both federal and provincial, I would say it is the most costly.

**Ms Richardson:** Yes, it is costly, and it is going to become more costly unless we start to make these changes towards prevention.

**Mr. White:** Finally, I would like to get your reaction to a question I also asked the Canadian Hospital Association. There has been debate in my home province of Manitoba lately about the added costs of walk-in clinics and whether or not they are really necessary. Do you have a position on walk-in clinics and whether or not that is too costly a factor in the health care system?

**Ms Richardson:** There are two ways to look at it: walk-in clinics and community health centres. Now, community health centres are very focused on prevention, etc., and we are aware that there sometimes is a difference in the focus of walk-in clinics as compared to that of community health centres. Certainly, what we would like to see, which is provided in most community health centres as opposed to walk-in clinics, is a continuity of care by a family physician.

[Translation]

faisons cela car d'ici cinq ou dix ans, nous serons obligés d'en assumer le plein coût tout seuls. Pensez-vous qu'une formule de financement de transition fonctionnerait?

**Mme Richardson:** Le problème réside peut-être dans l'interprétation que l'on donne à l'expression «financement de transition». Lorsque nous parlons de financement de transition, c'est bien cela que nous voulons dire, et la transition c'est le passage d'un système curatif à un système préventif plutôt que d'une aide fédérale à une aide provinciale. L'accent serait donc mis sur les subventions fédérales ou les autres stratégies, et il est certain qu'il faudrait que bon nombre d'entre nous se réunissent et y travaillent. Quoi qu'il en soit, l'idée est en train de prendre forme et le système évolue en conséquence. J'ai lu les exposés que d'autres organismes ont déposés devant le Comité, et nous ne sommes pas les seuls à vouloir que le régime des soins médicaux s'axe davantage sur un modèle préventif. D'ailleurs, si la population était en meilleure santé, ce serait moins coûteux: cela coûte moins cher de maintenir les gens en bonne santé et de faire en sorte qu'ils n'aient pas besoin de soins gériatriques à long terme.

**M. White:** J'aimerais un éclaircissement avant de passer à ma dernière question. Vous dites à la page 3, et je cite:

Nous nous préoccupons particulièrement de l'avenir d'un programme, à savoir le régime d'assurance-maladie universel, d'autant plus que l'on dit qu'il est l'un des programmes sociaux universels les plus coûteux du Canada.

Ne s'agit-il là que d'une opinion, ou bien s'agit-il véritablement de notre programme le plus coûteux? Si nous prenons les programmes fédéraux et provinciaux, je dirais, quant à moi, que c'est le plus coûteux.

**Mme Richardson:** Oui, il est coûteux, et il va l'être encore davantage à moins que nous ne commençons à réorienter le système vers la prévention.

**M. White:** J'aimerais maintenant connaître votre réaction à une question que j'ai également posée aux représentants de l'Association des hôpitaux du Canada. Chez moi, au Manitoba, on a beaucoup parlé ces derniers temps des coûts supplémentaires que supposent les cliniques de consultation sans rendez-vous et les gens se demandent si l'on en a vraiment besoin. Avez-vous adopté une position quant aux cliniques de consultation sans rendez-vous et pensez-vous que ces cliniques sont un élément trop coûteux du système de santé?

**Mme Richardson:** Il y a deux façons de voir les choses: il y a les cliniques de consultation sans rendez-vous et il y a les centres de santé communautaires. Les centres communautaires sont très largement axés sur la prévention, et nous savons que les cliniques de consultation sans rendez-vous diffèrent souvent en cela des centres communautaires. Ce que nous aimerions voir, et ce que proposent d'ailleurs la plupart des centres de soins communautaires par opposition aux cliniques de consultation sans rendez-vous, c'est le maintien du médecin de famille.



[Texte]

Probably Kathleen could address the importance of that a little bit better.

**Ms Connors:** I think the point that has been well documented in research across the country is that it is not always a medical practitioner who provides the follow-up and continuing care and advice. Certainly, with a diabetic who is being cared for through the community health centre, the initial consultation and regulation of insulin requirements and diet occur in consultation with a dietitian and a nutritionist, and subsequent follow-up can happen with continued counselling by the dietitian and follow-up by a nurse rather than always having to see a physician. This we see as another way of cost-effective delivery, whereas when you go into some of the walk-in clinics you get the band-aid approach and no follow-up to prevent this from recurring. We see broad-based community health services in street-front locations, accessible to the general population, as positive and cost effective for Canadian taxpayers.

• 1045

**Ms Mitchell:** Two or three points you made are very important for our study and I hope we include them in our research. We need to change from a curative to a preventative system, which means much more emphasis on community-based services and greater involvement of nurses and para-professionals. This is the first point I hope our committee will look at in depth.

Funding that is very difficult, because at the same time hospitals need funds and you have an increasing trend to very expensive high technologies. Are you suggesting, for example, that federal spending should give greater priority to preventative services, as opposed to sophisticated and perhaps unnecessary high technologies?

**Ms Richardson:** That is why we are focused on transitional funding. We are certainly not suggesting funding cutbacks to the curative system. As a preventative system is introduced with transitional funding, it will initially cost more for more community health centres; but this will lead to less utilization of expensive hospital beds, evolving eventually into a more cost-efficient system. We are certainly not suggesting cutting hospital beds.

**Ms Mitchell:** There has to be an incentive for this switch, does there not? Are you suggesting that strings be attached to a proportion of federal funding to encourage this transfer to a more community-based approach?

[Traduction]

Kathleen serait sans doute mieux en mesure que moi de faire ressortir l'importance que cela revêt.

**Mme Connors:** Je pense qu'il est clairement ressorti de travaux de recherche bien documentés menés un peu partout dans le pays que ce n'est pas toujours le même médecin qui assure le suivi, les soins subséquents et les conseils. Évidemment, lorsqu'une personne souffrant du diabète est soignée dans un centre communautaire, la consultation initiale et les besoins en insuline et le régime alimentaire sont établis en consultation avec un diététicien et un hygiéniste alimentaire, et le suivi peut très bien être assuré par le diététicien et par une infirmière, ce qui évite au patient d'avoir à consulter chaque fois un médecin. Voilà encore une autre formule qui permet de rentabiliser les services, alors que dans certaines cliniques de consultation sans rendez-vous, l'on opte pour des solutions partielles et rien n'est fait pour éviter que les rechutes. À notre avis l'existence de centres de santé communautaires sans rendez-vous, à la disposition du public, est une chose de très positive et très rentable qui est tout à fait dans l'intérêt des contribuables canadiens.

**Mme Mitchell:** Deux ou trois des remarques que vous avez faites seront très importantes dans le contexte de notre étude et j'espère qu'on les inclura dans nos travaux de recherche. Nous devons passer d'un système curatif à un système préventif, ce qui signifie qu'il faudra insister davantage sur les services communautaires et sur le rôle des infirmières et des para-professionnels. Voilà la première question dont le comité fera, je l'espère, une étude approfondie.

Il est cependant très difficile de financer pareil système, car les hôpitaux ont quand même besoin d'argent et l'on tend de plus en plus vers des techniques de pointe très coûteuses. Pensez-vous que le gouvernement fédéral, dans son financement des programmes de santé, devrait donner la priorité aux services préventifs plutôt qu'aux technologies de pointe très sophistiquées dont on n'a pas toujours forcément besoin?

**Mme Richardson:** C'est justement pourquoi nous avons mis l'accent sur le financement de transition. Nous ne préconisons certainement pas une réduction des fonds alloués au système curatif. Cependant, au fur et à mesure que le système préventif sera mis en place au moyen de fonds de transition, il coûtera au départ plus cher d'avoir davantage de centres de soins communautaires. Quoi qu'il en soit, cela réduira l'utilisation des lits d'hôpitaux, qui sont très coûteux, ce qui débouchera au bout du compte sur un système beaucoup plus rentable. Nous ne prenons cependant pas la réduction du nombre des lits d'hôpitaux.

**Mme Mitchell:** Ne pensez-vous pas qu'il faille des encouragements pour que les gens changent de système? Pensez-vous qu'il faudrait assortir l'aide financière de certaines conditions pour encourager davantage les centres communautaires?



[Text]

**Ms Richardson:** Exactly. We are aware of the jurisdictional issues and of funding in under the Established Programs Financing Act and the Canada Health Act. We are also aware that there is a possibility of funding specifically for preventative services, outside those two pieces of legislation.

**Ms Connors:** We are concerned about the proliferation of computerization within the tertiary care centres and even some of the smaller facilities. Dollars are being spent on computer consultants coming in and reinventing the wheel across this country.

One of our own research projects was not able to conclude that computerization improves the delivery of nursing care. We asked nurses if access to a computer on the ward improved the quality of care they delivered or the quality of information. No one could conclude this was effectively occurring. Yet thousands and millions of dollars are being spent on computerization, especially of the tertiary care centres.

• 1050

Therefore, I think taking a really hard look federally and provincially at the technology and then actually targeting transitional dollars are two ways of going at that.

**Ms Mitchell:** I think any research you have done would be useful to us in that regard.

I would like to highlight also the comment you made about the link between poverty and illness. In one of our previous meetings we were talking about how we see the symptoms of poverty in the illnesses that occur. But the treatment, in my view, certainly has to be the treatment of poverty itself. You can keep treating the illnesses, but if people still do not have enough money for enough food and proper nutrition, it does not get at the basic problem.

I would like to move to a different subject, and that is my great worry about the impact of free trade on medical services generally and the kind of approaches you are suggesting. We debated this in the House yesterday. It is very evident, first of all, that there will be greater access for U.S. management of health services under this agreement, in institutional care and even group homes and so on. There will be a greater move towards commercialization in health care generally, certainly privatization. It will be much more difficult for any kind of public program to be developed, including the ones you mentioned, such as pharmacare and denticare and so on.

I wondered if you have been studying this impact. The more I look at it, the more worried I really am that this could mean a real erosion. We know our system is far

[Translation]

**Mme Richardson:** Précisément. Nous sommes sensibles aux problèmes de juridiction et à la question du financement en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis et de la Loi canadienne sur la santé. Nous savons également qu'il serait possible d'obtenir des fonds pour des services préventifs en dehors de ces deux lois.

**Mme Connors:** Nous sommes préoccupés par la prolifération de l'informatisation au sein des centres de soins tertiaires et même de certains centres plus petits. Partout au pays on dépense de l'argent pour faire venir des experts-conseils en informatique à qui l'on demande de réinventer la roue.

L'une de nos propres études n'a pas réussi à conclure que l'informatisation améliore la prestation des soins infirmiers. Nous avons demandé aux infirmières si l'accès à un ordinateur à l'étage avait amélioré la qualité des soins qu'elles donnaient ou des renseignements qu'elles fournissaient. Personne n'a pu nous confirmer que c'était le cas. Or, l'on consacre des millions de dollars à l'informatisation, surtout pour les centres de soins tertiaires.

Regarder de très près la technologie, au niveau fédéral aussi bien que provincial, puis fixer l'allocation des fonds de transition, voilà selon moi deux façons de s'attaquer au problème.

**Mme Mitchell:** Je pense que tout travail de recherche que vous auriez fait dans ce domaine pourrait nous être utile.

J'aimerais également revenir sur un commentaire que vous avez fait relativement au lien qui existe entre la pauvreté et la maladie. Lors d'une réunion précédente, nous avons discuté des symptômes de la pauvreté que nous décelons dans les maladies constatées. Cependant, d'après moi, ce qu'il faut traiter, c'est la pauvreté elle-même. Vous pouvez soigner la maladie, mais si les gens continuent de ne pas avoir assez d'argent pour bien manger, le problème fondamental demeurera.

J'aimerais maintenant passer à autre chose. Je suis très préoccupée par l'incidence qu'aura le libre-échange sur les services médicaux en général et j'aimerais savoir quelles approches pourraient selon vous être suivies. Nous en avons discuté à la Chambre hier. Il est en premier lieu tout à fait évident qu'en vertu de pareille entente on risque de voir les services de santé se diriger vers une gestion américaine dans les hôpitaux aussi bien que dans les foyers. . . L'on tendra vers la commercialisation des services de santé de façon générale, et vers la privatisation. Il sera beaucoup plus difficile d'établir des programmes publics, y compris ceux que vous avez mentionnés, notamment les régimes d'assurance-médicament et les régimes d'assurance pour les soins dentaires.

Avez-vous examiné l'incidence que cela aurait. Plus j'y pense plus je crains que cela n'amène une véritable érosion. Nous savons que notre régime de santé est de loin

## [Texte]

better than the American system of health services. But there are things in that agreement, some of them subtle, such as the seven-year period—the divine subtleties—that could have a very serious impact, and some will, in opening the door to American management of institutions.

**Ms Connors:** The mandate, as Carol outlined at the beginning of our presentation, is to preserve Canada's Medicare system. We at the Canadian Health Coalition have looked at the impact of the Mulroney-Reagan trade agreement. In the trade and services portion of the agreement we see that the Canadian and American governments have agreed to extend the provisions of national treatment, right of commercial presence, right of establishment to each other's providers of service. It does cause us grave concern.

We believe in the five principles of Medicare, one of them being public administration; and with public administration we believe comes non-profit. That is one of the principles that must be retained. We are concerned that this opening up of the doors to American management of our health care systems would cause some problems.

I believe early in the mandate of this government the Minister of National Health commissioned a study by Bud Sherman. He indicated in his report... it has been a while since I read it, but I believe he said he felt there was really no need to look to that way of managing health care in this country; there needed to be some tightening up in management, but it did not need to be Americanization. I think any moves towards that... and we have seen it coming in Alberta with, now, two facilities there run by American companies, actually administered, the Olds hospital and Athabasca Hospital. We would be very, very concerned to see this proliferate across the country.

**Ms Copps:** Also, EMI has been in Hawkesbury since about 1982 or 1983.

I would like to get a sense from you... because you mention the lack of federal leadership, and I have some suspicions I have not been able to corroborate. Basically, because of the shared jurisdiction, we have difficulty getting access to information.

How is the federal government rating now in its commitment to preserve universality in Medicare in relation to service delivery in the provinces? If you go through the last annual report of Health and Welfare and you look at the listing of non-insured services, which of course can vary from province to province... but I think specifically of the bill that was introduced in the provincial legislature in Alberta. I think it was Bill 17, and then they modified it. Basically, it appeared to me no federal message was sent in the interim. It was just the

## [Traduction]

supérieur au régime américain. Il y a cependant dans cette entente des choses parfois assez subtiles, comme par exemple la période de sept ans—toutes ces charmantes subtilités—qui pourraient avoir une très forte incidence—et ce sera j'en suis sûre le cas de certaines d'entre elles—en ouvrant la porte à la gestion de nos institutions par des Américains.

**Mme Connors:** Comme l'a souligné Carole au début de notre exposé, le mandat c'est de préserver le régime d'assurance-maladie canadien. La Coalition canadienne de la santé a examiné l'incidence de l'entente de libre-échange Mulroney-Reagan. Nous avons notamment constaté que dans la partie de l'entente qui vise le commerce et les services, les gouvernements canadiens et américains ont convenu d'étendre les dispositions en matière de traitement national, de droit de présence commerciale et de droit d'établissement aux fournisseurs de services de l'autre pays. Cela nous inquiète en effet beaucoup.

Nous croyons aux cinq principes du régime de l'assurance-maladie, dont l'un est l'administration par les pouvoirs publics dont le corollaire est un régime à but non lucratif. Il s'agit là de l'un des principes qui doivent être maintenus. Nous craignons que l'acceptation des gestionnaires américains au sein de notre système de santé amène certains problèmes.

Il me semble qu'au tout début du mandat de l'actuel gouvernement, le ministre de la Santé nationale a parrainé une étude par Bud Sherman. Celui-ci a dit dans son rapport... Je l'ai lu il y de cela quelque temps déjà, mais selon lui, il n'est pas nécessaire d'étudier la façon dont nous gérons les services de santé au Canada. Selon lui, il conviendrait de resserrer un petit peu la gestion, mais cela ne veut pas dire qu'il faudrait l'américaniser. Je pense que toute initiative en ce sens... Et nous avons ce que cela donne en Alberta où l'hôpital Olds et l'hôpital Athabasca sont gérés, administrés par des compagnies américaines. Nous n'aimerions pas que cette pratique s'étende au pays.

**Mme Copps:** D'autre part, l'EMI est à Hawkesbury depuis environ 1982 ou 1983.

J'aimerais que vous me disiez... Car vous avez parlé du manque de leadership fédéral, et j'ai quelques soupçons que je n'ai pas réussi à vérifier. De façon générale, à cause du chevauchement des juridictions, nous avons du mal à obtenir des renseignements.

Où en est le gouvernement fédéral quant à son engagement à préserver l'universalité du régime d'assurance-maladie vis-à-vis de la prestation de services dans les provinces? Si vous prenez le dernier rapport annuel du ministère de la Santé et si vous consultez la liste des services non assurés qui peuvent bien sûr varier d'une province à une autre... Mais je songe ici tout particulièrement au projet de loi qui a été présenté à l'Assemblée législative de l'Alberta. Je pense que c'était le projet de loi 17 qui a été modifié par la suite. D'après ce



[Text]

people of Alberta who basically responded and got the thing amended.

**Ms Richardson:** I guess this takes us back to the Canada Health Act. We are very concerned about what is happening. It is the federal government's jurisdiction to ensure that the provinces follow the program criteria of the Canada Health Act.

• 1055

To get back to the free trade issue, non-profit public administration is one of those program criterion. Another program criterion is comprehensiveness. We find that various governments seem to interpret what is comprehensive and what is not comprehensive, and we have not been able to figure out on what basis. But currently it seems we have a trend by the federal government to ignore Medicare service cutbacks in the provinces.

We have written to the Minister of Health and Welfare concerning what we consider to be infractions by provincial governments to those program criteria, particularly comprehensiveness. When a province starts to remove particular services from its range of Medicare insurance services, we consider that an infraction of comprehensiveness.

**Ms Copps:** Have you had a response?

**Ms Richardson:** The response is that it is within provincial jurisdiction to decide which services are insured. We are very concerned about that. In fact, with that kind of negation of federal responsibility, we can have Medicare plans where a province is very poor, perhaps such as Newfoundland, and has a provincial government—and I am not trying to place the blame here—that is not dedicated to insuring they are going to have a comprehensive system. You could have a Medicare system that included very few services, or a continual cut-back in the range of services.

**Ms Copps:** How do you deal with the issue of the medical model and the gatekeeper? Obviously if you intend to radically alter the way we deliver health care in the country by putting promotion first and leaving the medical model aside, or altering it, you have to begin with the gatekeeper. The gatekeeper at the moment is the medical profession. Birthing is an example of the use of technology. Everybody has to have an ultra-sound these days, as a general rule, and there has been an increase in the rate of caesareans over the last 20 years. If the physician community is not prepared to open up the system, it seems it does not get opened up.

**Ms Richardson:** I just want to point out one of the studies we have referred to in our brief with respect to physician manpower in Canada, a report of the federal-provincial Advisory Committee on Health Manpower. I would suggest that the committee study it closely because it addresses the issue of where physicians are working,

[Translation]

que j'ai vu, aucun message fédéral n'a été transmis dans l'intervalle. Ce sont les Albertains qui ont réagi et qui ont obtenu que le projet de loi soit modifié.

**Mme Richardson:** Cela nous ramène à la loi canadienne de la santé. Nous sommes très préoccupés par ce qui se passe. Il incombe au gouvernement fédéral de veiller à ce que les provinces respectent les critères établis dans la Loi canadienne sur la santé.

Pour revenir à la question du libre-échange, l'administration publique à but non lucratif est un critère du programme. Un autre critère du programme est l'application sur une vaste échelle. Les divers gouvernements interprètent à leur façon ce qui est intégral et ce qui ne l'est pas; nous ne savons toujours pas sur quoi ils se fondent. Actuellement, le gouvernement fédéral semble ignorer les réductions opérées par les provinces dans les services de santé assurés.

Nous avons écrit au ministre de la Santé pour lui signaler ce que nous considérons comme des infractions de la part des gouvernements provinciaux, à la lumière des critères établis, en particulier celui de l'intégralité. Lorsque certaines provinces soustraient des services du régime d'assurance-maladie, nous y voyons une dérogation au critère de l'intégralité.

**Mme Copps:** Avez-vous eu une réponse?

**Mme Richardson:** On nous a simplement fait savoir qu'il appartenait aux provinces de décider des services assurés. Nous sommes inquiets de cette réaction. Avec ce refus du gouvernement fédéral d'assumer ses responsabilités, nous pouvons nous retrouver avec des régimes provinciaux d'assurance-maladie en très piteux état, comme à Terre-Neuve; je n'essaie pas de trouver des coupables ici, mais il y a des gouvernements provinciaux qui ne sont pas prêts à défendre le principe de l'intégralité. Il peut y avoir des régimes d'assurance-maladie qui incluent très peu de services ou qui s'effritent constamment.

**Mme Copps:** Qu'en est-il des notions de modèle médical et de protecteur du public? Si le régime des soins médicaux doit avoir comme première préoccupation la promotion, et si le modèle médical est plus ou moins écarté ou modifié, le protecteur du public devient très important. Le protecteur du public, c'est actuellement la profession médicale. La technologie est de plus en plus présente, par exemple, pour les accouchements. Presque toutes les femmes doivent subir un examen aux ultra-sons actuellement et le nombre de césariennes augmente sans cesse depuis vingt ans. Si les médecins eux-mêmes ne veulent pas ouvrir le système, il n'y a rien à faire.

**Mme Richardson:** Nous mentionnons, dans notre mémoire, un rapport du Comité consultatif fédéral-provincial sur les travailleurs de la santé. Je suggère au Comité de l'étudier attentivement parce qu'il indique où les médecins travaillent, où leurs services sont requis et quels sont les problèmes à cet égard.



[Texte]

where they are needed, and the particular problems we have.

The other aspect is that perhaps when the Medicare system in Canada was first established, the fee-for-service system worked very well. We have a concern now that it is very difficult for the system to evolve into a preventive system if we have that type of structure. That gets back to our recommendations for community health service centres, and physicians within those centres are paid on some sort of a salary mode basis. In fact, there is a community health centre in Sault Ste. Marie which pays their physicians on a salary mode basis. I am not quite sure of the structure of it.

**Ms Copps:** It is a capitation clinic.

**Ms Richardson:** Yes, capitation. It rewards physicians financially for having a healthier population that spends less days in the hospital.

**Ms Copps:** I think that was started by the United Auto Workers or the United Steelworkers.

**Ms Richardson:** Yes, I believe it is called the Sault Ste. Marie Group Health Centre.

**Ms Copps:** What is your assessment of the success of CLSCs? They are probably a good model for us to look at since they really have only evolved over the last decade. I sort of recall reading some assessments in the last little while which were less than flattering in relation to how they integrated the social and health aspects of their mandate. They also deal with the legal and para-legal services, etc.

**Ms Richardson:** Yes. Actually, a provincial organization representing the CLSCs in Quebec is our Quebec representative. They are very concerned about a number of funding cutbacks, which they believe are affecting their ability to deliver adequate health and social services.

• 1100

**Ms Copps:** They might have some background which would be helpful for us in the context of the committee.

**Ms Richardson:** I would also suggest the Rochon commission brief that has come out recently. It is excellent in terms of looking at some of the problems of the structure, and those recommended structural changes are not just for Quebec. Some of those structural changes are excellent for the rest of Canada too.

**The Chairman:** Thank you, Ms Copps. The Chair recognizes it is now 11 a.m. Some members may have to go, but I will recognize Mr. Duguay for one last question and Mr. Rosenbaum.

**Ms Copps:** I wanted to ask a question on the briefing document, the backgrounder, to Mr. Rosenbaum, after we finish with this.

[Traduction]

Par ailleurs, lorsque le régime d'assurance-maladie a été établi au Canada, la rémunération à l'acte fonctionnait assez bien. Nous craignons maintenant qu'avec cette formule, il soit très difficile d'aller de plus en plus vers la médecine préventive. D'où nos recommandations visant les centres communautaires de santé, où les médecins qui y travailleraient seraient à salaire fixe. Il y a un centre de santé communautaire à Sault-Ste-Marie qui paie ses médecins de cette façon. Je ne sais pas exactement comment il procède.

**Mme Copps:** C'est une clinique à rémunération forfaitaire.

**Mme Richardson:** Exactement. Elle récompense financièrement les médecins lorsque leur population est en bonne santé et qu'elle passe moins de temps à l'hôpital.

**Mme Copps:** Je pense qu'elle a été lancée par les Travailleurs unis de l'automobile ou les Métallurgistes unis.

**Mme Richardson:** Sauf erreur, son nom officiel est le Sault Ste. Marie Group Health Centre.

**Mme Copps:** Que pensez-vous des CLSC? Ils sont un bon exemple parce qu'ils ont pris leur essor au cours de la dernière décennie. Je me souviens d'avoir lu des critiques assez sévères à leur endroit relativement à l'intégration, dans le cadre de leur mandat, des services sociaux et des services de santé. Ils offrent des services d'avocats et de techniciens judiciaires, entre autres.

**Mme Richardson:** De fait, l'organisme provincial qui représente les CLSC au Québec est également notre mandataire au Québec. Il s'inquiète beaucoup des restrictions budgétaires, qui selon lui empêchent les CLSC de donner des services de santé et des services sociaux adéquats.

**Mme Copps:** Il a peut-être de la documentation qui sera utile au Comité.

**Mme Richardson:** Je vous recommanderais également le mémoire récent de la Commission Rochon. C'est une excellente étude des problèmes et des changements structuraux souhaitables, et pas seulement pour le Québec. Ces recommandations en ce qui concerne les structures valent pour le reste du Canada.

**Le président:** Merci, madame Copps. Il est maintenant 11 heures. Il y a peut-être des membres du Comité qui doivent partir, mais M. Duguay a la parole pour une dernière question, suivi de M. Rosenbaum.

**Mme Copps:** Je voulais poser une question à M. Rosenbaum au sujet du document d'information, après ses interventions.

[Text]

**The Chairman:** All right.

**Mr. Duguay:** Perhaps that is something we should do among ourselves.

**Ms Copps:** I am interested in his assessment vis-à-vis the GDP.

**Mr. Duguay:** I think, since it is a confidential briefing document, perhaps it is something we may want to do among ourselves.

**Ms Copps:** I do not think it is confidential.

**Mr. Duguay:** I just wanted to go back to the question of the United States and Canada. Rather than discussing whether it is managed by a bunch of Americans or not, there is a test I would like to apply: Is the board of directors of that hospital satisfied that they are providing the best care within our Medicare model?

I too am a proponent and supporter of Medicare. I want to be very sure that our people get the best possible service under whatever management the board decides is most appropriate for that place.

Would you have any objection to having our management people...? Obviously, we are running hospitals and health care more efficiently than the United States because it costs way less to run them in Canada. Would you have any objection to our management teams working in the United States and the income being used to subsidize our system in Canada? I did not dream that up; that is an option.

I know the team that has been offered a contract by an American hospital to go down there and manage part of it. The Americans think we would be better at managing that hospital. I throw that in as another side to the issue.

**Ms Richardson:** Actually, I have spoken to a number of community groups in the United States on the issue of the Canadian health care system, and it is my contention that there are resources available within the United States to manage their own hospitals. They have a particular problem in the loss of public... There are three different types of hospitals. You have your public hospital, you have your non-profit hospital, and you have your for-profit hospital. The non-profit and the public hospital sector seem to be at this particular time bought out by the for-profit hospitals. As far as Canadians going over and managing American hospitals, I think they have the resources there to do that, according to some of the groups I have spoken to. I think we have a big job to do here.

**Mr. Duguay:** But you have no objection to it?

**Ms Connors:** I would have to say that it would be with some reluctance because of the make-up of some hospital boards, Mr. Duguay. Hospital boards across this country are created in a variety of manners. Some are elected at a particular level; some are self-perpetuating—you buy a membership to become a member of the group that

[Translation]

**Le président:** Très bien.

**M. Duguay:** Nous pourrions en discuter entre nous.

**Mme Copps:** Je suis intéressée par ces pourcentages du PIB.

**M. Duguay:** Comme c'est un document d'information confidentiel, nous pourrions en discuter entre membres du Comité.

**Mme Copps:** Je ne pense pas qu'il soit confidentiel.

**M. Duguay:** Je reviens à la question des États-Unis et du Canada. Qu'il s'agisse d'Américains ou non, le test ne doit-il pas être le suivant: le conseil d'administration de l'hôpital est-il convaincu que ses gens offrent les meilleurs services possibles dans le contexte de notre modèle d'assurance-maladie?

Je suis un défenseur de l'assurance-maladie. Je tiens à m'assurer que la population obtient les meilleurs services possibles quels que soient les mécanismes que les conseils d'administration mettent en place si ces mécanismes sont jugés les plus appropriés.

Avez-vous des objections à ce que les administrateurs... De toute évidence, nous administrons nos hôpitaux et nos services de santé plus efficacement que les États-Unis parce que cela nous coûte moins cher que chez eux. Avez-vous des objections à ce que des administrateurs canadiens travaillent aux États-Unis et à ce que le revenu ainsi produit serve à subventionner le régime canadien? Je n'invente pas cette option; elle existe.

Je connais une équipe d'administrateurs qui s'est vu offrir un contrat par un hôpital américain en vue de travailler aux États-Unis. Les Américains semblent penser que nous pouvons avoir plus de succès qu'eux dans cet hôpital. C'est le revers de la médaille et je vous demande ce que vous en pensez.

**Mme Richardson:** J'ai eu l'occasion de parler à un certain nombre de groupes communautaires aux États-Unis au sujet du régime canadien de santé et j'estime qu'il y a aux États-Unis les ressources nécessaires pour administrer les hôpitaux. Il y a un problème en ce sens que les hôpitaux publics... Il y a trois catégories d'hôpitaux aux États-Unis. Il y a les hôpitaux publics, les hôpitaux à but non lucratif et les hôpitaux à but lucratif. Les hôpitaux publics et les hôpitaux à but non lucratif semblent en passe d'être rachetés par les hôpitaux à but lucratif. Pour ce qui est de la possibilité que des Canadiens aillent diriger des hôpitaux américains, selon les groupes que j'ai rencontrés, les États-Unis ont déjà les ressources voulues pour faire le travail. Il ne faut pas oublier qu'il reste encore beaucoup à faire ici.

**M. Duguay:** Auriez-vous des objections?

**Mme Connors:** Nous avons des hésitations à cause de la composition de certains de nos conseils hospitaliers, monsieur Duguay. Les conseils sont créés de diverses façons au Canada. Il y en a qui sont choisis; il y en a qui s'auto-perpétuent; parfois il faut verser une cotisation pour faire partie du groupe. Un des principes chers à la



## [Texte]

would be eligible to be hospital board members. One of the things that the Canadian Health Coalition holds near and dear to its heart is the involvement of all sorts of people in decisions being made about health care delivery.

I lived in a community where there was a self-perpetuating hospital board. As a member of that community it would be difficult for me to allow a group of 10 people decide that an American-based firm is going to come in and manage the system. To me, it would not be a decision made by representatives of the broad base in the community.

Based on how hospital boards are structured and how they function, there would be some qualification on saying, yes, I certainly agree with it, or no, there is no way.

**Mr. Duguay:** I think you make a very good point. I am a Manitoban and one of my biggest objections all my life has been to take my local problems, which I understand far better, and hand over the decision-making to some federal mandarins who do not even know where I live and what the people are like. Sometimes handing over to the federal government this leadership power works in exactly the opposite sense you intend it to.

• 1105

**Ms Richardson:** I think what we were talking about is federal power in terms of providing funds, rather than telling people how they should. . .

**Mr. Duguay:** I heard you and I think you heard me. We are talking about the same things.

**Mr. Paul Rosenbaum (Researcher for the Committee):** Thank you, Mr. Chairman. You advocated a policy designed to shift in the long term the funds from the institutional to the community sectors in health care. Canada already has one of the lowest acute-hospital-beds-to-population ratios of almost any wealthy industrial country. How low can these acute bed ratios go?

As a follow up to Mr. White's question about transitional funding, would not a transitional funding arrangement that funded the community side reduce pressure on the provinces to attempt to shift funds away from the institutional sector?

**Ms Richardson:** Looking at industrial countries and acute-care hospital beds, the system in the United States is one thing we certainly do not want in Canada. We do not want the situation to be like the United States, where the utilization of acute hospital beds is dropping. The reason it is dropping is that the population cannot afford to utilize those hospital beds.

We would be concerned about what the ratio is and looking at that. Certainly it is a justified concern in terms of the federal government providing money for

## [Traduction]

Coalition canadienne de la santé est que la participation aux décisions concernant la santé doit être aussi large que possible.

J'ai vécu dans une localité où le conseil d'administration de l'hôpital s'auto-perpétuait. En tant que membre de la collectivité, j'aurais eu du mal à accepter qu'un groupe de 10 personnes décident de confier à une société américaine le soin de diriger l'hôpital. À mes yeux, cette décision n'aurait pas été prise par les représentants de tous les secteurs de la collectivité.

Donc, selon la structure et la façon de fonctionner des conseils d'administration des hôpitaux, il serait difficile de se prononcer de façon catégorique, à savoir si c'est une bonne chose ou non.

**M. Duguay:** Votre argument est parfaitement valable. Je suis Manitobain et ce que je déplore le plus, c'est que mes problèmes locaux, que je comprends mieux que quiconque, doivent être solutionnés par des mandarins fédéraux qui ignorent tout de moi et des miens et de notre situation. Toujours confier le leadership au gouvernement fédéral ne donne pas nécessairement les résultats attendus.

**Mme Richardson:** Nous parlons ici du pouvoir du gouvernement fédéral de donner les fonds, et non pas de dicter aux gens quoi que ce soit. . .

**M. Duguay:** Je vous comprends et vous me comprenez. Nous parlons bien de la même chose.

**M. Paul Rosenbaum (attaché de recherche du Comité):** Merci, monsieur le président. Vous préconisez une politique qui enlève à long terme des fonds au secteur institutionnel au profit du secteur communautaire pour ce qui est des services de santé. Le Canada accuse déjà l'un des pires coefficients population-lits d'hôpitaux de soins actifs parmi les pays industrialisés et riches. Combien de temps peut-il durer avec si peu de lits d'hôpitaux de soins actifs?

Pour faire suite à la question de M. White au sujet du financement de transition, le secteur communautaire ne serait-il pas un moyen d'éviter aux provinces d'avoir à enlever des fonds au secteur hospitalier?

**Mme Richardson:** Pour ce qui est des pays industrialisés et de leur nombre de lits d'hôpitaux de soins actifs, nous ne voulons certainement pas d'un système comme celui qui existe aux États-Unis. Nous ne voulons pas voir baisser, comme aux États-Unis, le taux d'utilisation des lits d'hôpitaux de soins actifs. Le taux d'utilisation de ces lits diminue parce que la population n'a plus les moyens de se les payer.

Nous ne devons pas moins nous inquiéter de la situation. Il ne faudrait pas que d'une part le gouvernement fédéral fournisse des fonds pour des soins

[Text]

preventative services and then provincial governments not keeping up their end of the deal, but we really believe that if federal spending power is directed to things like community health centres, in fact money provided or needed for institutionalization will drop, because people will be utilizing less of those acute beds. There is also the whole aspect of long-term care and chronic care.

**Ms Connors:** The point I would add is that there continues to be a very high usage of acute-care beds by long-term clients, primarily geriatric but also the physically disabled, etc. Again, because there are not the places to put these people or care for them in the community, that will continue until some sort of a transition occurs.

We would certainly recommend further study of the Ontario study on the care of the elderly that was commissioned by social and community services and recently released, because some of the statistics reported are quite enlightening there, and speak of the need that it is not evident those individuals need to be in acute-care, high-cost beds. They could be very adequately cared for and maintained in a much better lifestyle in the community.

**Ms Richardson:** That study is available through the Office for Senior Citizens Affairs in Ontario. We have ordered a copy of the study and have not received it yet, but that would be something to look at too. That has some really interesting statistics.

**Ms Copps:** I just wanted to follow up on that, because it seems that we have a couple of issues. One is the number of institutional beds available per capita, where we are low on the scale. Another is the average length of stay for acute care, where we are in reasonably good shape in relation to other jurisdictions. The damning figure is the long-term institutionalization. Even though you can say we have fewer hospital beds per capita, available than other jurisdictions, if we have a very extended length of stay in acute-care beds for chronic-care patients, that is the problem.

• 1110

That is why I wanted to ask you about the GDP, because there is a reference in the coalition's brief to how we rate in relation to other industrialized nations and I think we are about thirteenth out of 21 of the OECD nations in terms of percentage of our Gross Domestic Product.

Paul has sort of outlined certain variables in there, one of which I am not clear on, because you say that of the 21 nations—in the last paragraph:

Canadian expenditure for health care—

**Mr. Duguay:** On a point of order, I really have a concern that briefing notes prepared for the use of the committee not be discussed unless it is in camera. If Ms

[Translation]

préventifs et que d'autre part les gouvernements provinciaux ne respectent pas leurs engagements, mais nous sommes d'avis que si le gouvernement fédéral dépense davantage dans le secteur communautaire, les besoins du secteur hospitalier diminueront parce que les gens utiliseront moins les lits de soins actifs. Il y a évidemment la question des soins à long terme et des soins chroniques.

**Mme Connors:** Il y a toujours beaucoup de lits de soins actifs qui sont utilisés par des patients à long terme, des patients en gériatrie et des patients handicapés entre autres. Comme de façon générale il n'y a pas de place pour eux dans la collectivité, la solution de rechange est qu'ils occupent ces lits.

Nous vous recommandons d'examiner de près l'étude ontarienne sur les services de santé demandée par les services sociaux et communautaires et qui a été publiée récemment. Elle contient des statistiques très intéressantes qui montrent que ces personnes n'ont pas besoin d'être placées dans des lits de soins actifs au prix fort. Ils pourraient recevoir de bien meilleurs soins et avoir un mode de vie beaucoup plus intéressant ailleurs dans la collectivité.

**Mme Richardson:** Cette étude peut être obtenue du Bureau des affaires des personnes âgées de l'Ontario. Nous en avons demandé un exemplaire, mais nous ne l'avons pas encore reçu. Il mérite certainement une attention spéciale. Il recèle des statistiques fort intéressantes.

**Mme Copps:** J'aurais encore une question à ce sujet, parce qu'il me semble qu'il y a deux points importants ici. Il y a d'abord le nombre de lits disponibles par tête dans le secteur institutionnel, et notre coefficient est bas. Il y a également la durée moyenne du séjour dans les lits de soins actifs, et de façon générale nous ne sommes pas trop en mauvaise posture à ce niveau. Les séjours à long terme, cependant, posent un problème. Nous avons peut-être un nombre assez limité de lits d'hôpitaux par tête, mais ce qui est pire, c'est que nos patients chroniques restent très longtemps dans des lits de soins actifs.

Voilà pourquoi je voulais poser une question au sujet du PIB. Le mémoire de la Coalition parle en effet de notre position par rapport aux autres pays industrialisés. Je pense que nous venons au treizième rang parmi les 21 pays de l'OCDE pour ce qui est du pourcentage du produit intérieur brut.

Paul indique plusieurs variantes dans son document d'information, dont une que je ne comprends pas très bien. Il souligne le fait que sur 21 pays—c'est au dernier paragraphe:

Les dépenses du régime public d'assurance-maladie. . .

**M. Duguay:** J'invoque le Règlement. J'estime que les notes d'information préparées pour le Comité doivent être discutées seulement à huis clos. M<sup>me</sup> Copps peut



[Texte]

Copps wants to ask any of the questions then that is what they are there for, but not to discuss them.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I am asking the questions so I can get some clarification. We have discussed briefing notes in this committee for the last year and a half. There is nothing confidential about them. I just wanted a clarification.

You say that Canadian expenditure for health care is much higher because 75% of the Canadian expenditure is public health dollars as compared with 25% private dollars. If you compare that with the States, then it is quite different. I just want a clarification because I think when you say "Canadian expenditure" you mean Canadian government expenditure—governments' or public expenditure. You are saying that they rank eighth in public health care expenditure, but that does not necessarily negate the ranking in overall expenditure. I got the impression from your comment that because we are eighth in terms of public health dollars that somehow changes the ranking of OECD, and I did not really understand what you were getting at.

**Mr. Rosenbaum:** There are two issues here.

One is the comparison of the figures in the briefing note with the figures in the brief provided by the coalition. The coalition's figures were with regard to social expenditure, not health expenditure.

**Ms Copps:** Social and health.

**Mr. Rosenbaum:** The figures in the briefing note are specific to health.

My recollection is that if you look at only health expenditure and you look at combined personal and public expenditure, then Canada's expenditure is higher than eighth.

**Ms Mitchell:** On a point of order, it seems to me that what we need is a half hour of separate meeting of the committee. I have a lot of questions I would like to ask, and I would like to know more about witnesses and gaps in people we would like to hear from and so on.

**The Chairman:** That is not a bad suggestion.

**Ms Mitchell:** So could we at the next meeting perhaps have a half hour before or after?

**The Chairman:** Before.

**Ms Mitchell:** In the meantime, it would be also useful if we began to focus some of the issues.

**Ms Copps:** Can we just get a clarification on that, because I am unclear as to what the statement is there: 21 nations, OECD, ranks eighth in public health care.

[Traduction]

poser les questions suggérées dans ces notes, mais elle ne peut pas en discuter ouvertement.

**Mme Copps:** Je pose la question pour obtenir des précisions. Nous discutons des notes d'information préparées pour le Comité depuis un an et demi. Nous ne les avons jamais jugées confidentielles. J'essaie simplement d'obtenir une explication.

Vous dites que les dépenses du Canada au titre du régime public d'assurance-maladie sont élevées parce qu'elles constituent 75 p. 100 de toutes les dépenses médicales. Donc, il reste seulement 25 p. 100 pour le secteur privé. Il est impossible de comparer la situation avec celle qui existe aux États-Unis. Je veux savoir s'il s'agit de dépenses du gouvernement canadien ou des dépenses des gouvernements ou des dépenses publiques. Vous indiquez que nous venons au huitième rang pour ce qui est des dépenses du régime public d'assurance-maladie, mais vous ne parlez pas nécessairement de notre position pour ce qui est des dépenses totales. J'ai cru comprendre, d'après ce que vous avez ajouté par la suite que nous sommes huitième pour ce qui est des dépenses du régime public et que le fait qu'il s'agisse d'un régime public change notre position par rapport aux autres pays de l'OCDE. Je n'ai pas très bien saisi votre explication.

**M. Rosenbaum:** Il y a deux points ici.

Il y a d'abord la comparaison des chiffres des notes d'information avec les chiffres du mémoire de la Coalition. Les chiffres de la Coalition concernent les dépenses d'aide sociale et non pas les dépenses de santé.

**Mme Copps:** L'aide sociale et la santé.

**M. Rosenbaum:** Les chiffres contenus dans les notes d'information ont trait uniquement aux services de santé.

Si je me souviens bien, les dépenses totales en matière de santé, personnelles et publiques, placent le Canada à un rang plus élevé que le huitième rang.

**Mme Mitchell:** J'invoque le Règlement. Il me semble que nous avons besoin d'une réunion distincte d'une demi-heure. J'ai beaucoup de questions au sujet d'autres témoins possibles pour le Comité et au sujet de points semblables.

**Le président:** Votre suggestion est excellente.

**Mme Mitchell:** Avant ou après la prochaine réunion, ne pourrions-nous pas tenir une réunion distincte d'une demi-heure?

**Le président:** Avant.

**Mme Mitchell:** Entre-temps, nous aurions peut-être avantage à nous concentrer sur des questions bien précises.

**Mme Copps:** Puis-je avoir une réponse à ma question? Je ne comprends toujours pas comment il se fait que nous venons au huitième rang parmi les 21 pays de l'OCDE pour les dépenses de santé publique.

[Text]

**The Chairman:** We will get that clarified for the next meeting.

**Ms Copps:** I do not think there is anything wrong with discussing it.

**The Chairman:** We will get it clarified at the next meeting. Ms Copps. It is well after the time for our normal adjournment.

I thank our two witnesses for being here today. You have done a good job.

**Ms Connors:** We wish you well in your deliberations.

**The Chairman:** Thank you very much.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

**Le président:** Nous aurons une réponse pour vous à la prochaine réunion.

**Mme Copps:** Je ne vois rien de mal à en discuter.

**Le président:** Nous préciserons ce point pour vous à la prochaine réunion, madame Copps. Nous avons déjà dépassé le temps prévu.

Je remercie nos deux témoins d'aujourd'hui. Ils ont été excellents.

**Mme Connors:** Nous vous souhaitons bonne chance dans votre entreprise.

**Le président:** Merci beaucoup.

La séance est levée.



## APPENDIX "SNTE-5"

Phone (306) 949-8100



107 Hodsman Road  
Regina, Saskatchewan  
S4N 5W5

### *Federation of Saskatchewan Indians*

STATEMENT AND PRESENTATION

TO THE

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH AND WELFARE

BY

VICE-CHIEF HENRY DELORME

CHAIRMAN

HEALTH & SOCIAL DEVELOPMENT COMMISSION

FEDERATION OF SASKATCHEWAN INDIAN NATIONS

Mr. Chairman, Members of the Committee, I thank you for this opportunity to present the position of the Federation of Saskatchewan Indian Nations regarding our Treaty Right to Health services.

I wish to table this background document on the historical and legal relationship between the Indian Nations of Saskatchewan and the Crown, now in right of Canada.

### HISTORY

You are aware, Nations have the capacity to enter into and conclude Treaties. Before Canada became an independent sovereign state, a process that occurred over a number of years, Canada's External Relations were controlled by Britain, which negotiated, signed and ratified Treaties on behalf of the British Empire, which included Canada.

Treaty making power describes any and all types of international agreements governed by international laws which are concluded between and among states and international organizations. Our Treaties are bilateral Treaties and created legal obligations on the Crown.

Canada is bound by the terms of the Treaties that it entered into and any breach thereof may give rise to international and national claims actions.

However, in Canada, Treaties are not self-executing; they do not constitute part of the law of the land merely by virtue of their conclusion. Canada's domestic law must be changed in order to carry out Treaty obligations; enabling legislation is required. The existing laws now give Canada the capacity to discharge Treaty obligations and it is now necessary for the appropriate legislative body to enact implementing legislation.

Although competent to conclude Treaties, the Federal Government can only enact legislation in relation to those Treaties whose subject matter falls within their competence. If Treaty matters fall within Provincial legislative competence, the Provincial legislatures must adopt the necessary implementing legislation.

The existing laws that now provide Canada the legal capacity to discharge Treaty obligations are arranged through the following:

1. SOVEREIGNTY

Indian nationhood is recognized by the "Royal Proclamation of 1763", Inherent Rights and Indian Government are confirmed by the Treaties. The Treaties are now firmly rooted in the Canadian Constitution and Canada is now required to bring all laws into line with the Treaties.

2. PROVINCIAL GOVERNMENT JURISDICTION is impacted by the Constitutional Amendment in the Natural Resources Transfer Agreement of 1930. The terms and conditions of the amendment of 1930 are clearly determined by the nature of the Bilateral Treaties. Furthermore, the 1930 NRT Agreement, which is part of the Canadian Constitutional makeup, identifies that Crown obligations to land and resources must be recognized and fulfilled.

3. Canada is now legally obligated to construct complementary laws in recognition of Indian Nations Government, their institutions, their jurisdiction and Indian laws, not in accordance with Canada's apparent objective of terminating Indian Treaties but, in accordance with the meaning, spirit and intent of the Treaties of Saskatchewan.

4. Finally, our Indian Nations are committed to the Treaties and their ratification. At the time of Treaty negotiation, our spiritual leaders played an essential role in their development and acceptance. The Pipe Stems and Treaty Bundles used in the spiritual ceremonies, consecrating our Treaties, continue to represent the spiritual and moral commitments of both parties.

Canada has accepted responsibility for the Treaties of the Crown. This aspect of Treaty agreement is far more than tinkering with "Historical Curiosities". It is fundamental to the preservation and restoration of our "National Rights" within the Canadian Constitutional framework consisting of the Royal Proclamation of 1763, the Treaties, and the Constitution Acts of



1867 and 1982. Both the Federal Government and Indian Governments must construct their respective laws and policies for the implementation and enforcement of the Treaties.

To assert and retain sovereignty on our lands, we must be in control and we must develop our own political organizations and Indian Government structures, institutions and systems. Self-determination with legitimate economic support is basic to the sovereignty which international law sees as our right.

The sovereign status of Indian peoples have clear expression in the Royal Proclamation and the Treaties made with the Governments of the Crown in many parts of Canada.

These solemn compacts have been given varying, often dismissive interpretations in courts, in derogation of the sovereignty they embody. Full recognition and respect of the international status of our Treaties is imperative as part of our work toward achieving the status so long denied to us.

We have been developing and implementing our traditional systems of Government and law-making in the areas of Customary Election Laws and Regulations, Citizenship and other management and administrative laws and instruments which will give practical form to our sovereignty. These traditions have not been lost, and we are proceeding to implement and review them as part of a task of governing ourselves in the contemporary world.

## INTRODUCTION

The Indian Nations of Canada and specifically, Saskatchewan, have been tolerant and patient; we believe that goodwill, faith in others, respect, honour and justice are the fundamental basis of a people in a democracy.

We remember well, the Prime Minister's words at the First Ministers' Conference in Ottawa on April 23, 1985:

"We are here to chart a new course and set out on it".

"The key to change is Self-Government for Aboriginal Peoples within the Canadian Federation. We are cautious people and Self-Government is a term which is worrismatic to some of us, but Self-Government is not something that I fear. It is not an end in itself, but rather a means to reach common goals. It is a vehicle, not a destination. The challenge and satisfaction is in the journey itself".

"Let us decide at this Conference that our Constitution shall acknowledge that Aboriginal Peoples have a right to Self-Government".

"Let us agree that we will work out together, overtime and on a case-by-case basis, the different means, Constitutional or otherwise, that will be required to respond to the special circumstances of different Aboriginal communities. Such an achievement would be historical in nature, the first step toward a new relationship between self-governing Aboriginal communities and Governments of Canada, a relationship upon which we may hope to build the material trust and confidence that has eluded us for so long."

".....that you or I would rebel at the notion in 1985, that a decision is going to be imposed upon us that affects our very lives by the bureaucrats sitting in a department in Ottawa. If that offends my nature, and my sense of democracy, I know it offends yours. This is what it is all about, simply dignity."

We are here to remind this Honourable Parliamentary Committee, and the Government of Canada, that you acquired what you have now from Indian Nations through bilateral talks (on a Government to Government basis) and formal Treaty Agreements that were entered into between our Nations and the Crown.

The recent commitments made by the Prime Minister on behalf of all Canadians, to our Indian Nations in the international community of men, respecting our inherent sovereignty is established by:

1. POLITICAL AND LEGISLATIVE RECOGNITION BY BRITISH AND CANADIAN GOVERNMENTS

- \* The Royal Charters - Hudson Bay Company 1760
- \* The Royal Instructions - Indian & British alliances
- \* The Royal Proclamation - 1763
- \* The British North America Act - 1867
- \* The Ruperts Land Transfer - 1867 - 1870
- \* The Constitution Act - 1982

2. RECOGNITION BY INTERNATIONAL LAW

- \* The universal Declaration regarding non self-governing territories.
- \* The International Covenants on Human Rights and Optional Protocol.
- \* The International Covenants on Economic, Social and Cultural Rights.

3. JUDICIAL RECOGNITION OF INHERENT SOVEREIGNTY

- \* The Royal Proclamation of 1763
  - St. Catherines Milling Case
  - Queen vs. The Secretary of State for Foreign and Commonwealth Affairs, 1982
  - Constitution Act, 1982



★ United States Cases

- Mohegan vs. Connecticut, 1762 (Privy Council Court Decision)
- Worchester vs. Georgia, 1832 (U.S. Supreme Court)
- Goodev vs. Jackson, 1832
- Wall vs. Williamson, 1845
- Cherokee Nation vs. Georgia, 1831

★ Canadian Court Cases

- Connelly vs. Woolrich, 1867
- Delbert Guerin vs. Queen, 1984 (Musqueam)
- R.V. Taylor and Williams, 1981

★ International Court of Justice

- Southwest Africa Cases, 1966 - 1971

In more than 100 years, since the Prairie Treaties, the policies of the former British Colonial Governments and the subsequent Canadian Governments have, in most cases, either been in direct contradiction to the terms and intent of Treaty or have been totally inadequate as a genuine response to Treaty obligations.

In the 1840's, during which many pre-Confederation Treaties were entered into, the Colonial administration instituted the Detribalization policy which became a precedent for the undermining of Indian Nations control over their own ways of life and institutions. This policy and those adopted by subsequent administrations, were contradictory to the human and national rights recognized and affirmed in perpetuity by the Treaties.

During the past forty years, numerous policy initiatives by the Canadian Governments have continued to pursue the 1840 "Detribalization policy" with its resultant loss of control over social, economic, cultural and political institutions. Briefly these include:

1. 1947 - plan for liquidating Canada's Indian problem within 25 years.
2. 1969 - White Paper on Indian Policy
3. 1974 - Local Government Guidelines, Indian Affairs
4. 1976 - Native Co-optation Policy
5. 1981 - Patriation of Canadian Constitution
6. 1985 - "The Buffalo Jump" of the 1980's, Report of the Ministerial Task Force on Native Programs (prepared by the Deputy Minister)
7. 1985 - The 1985 Proposals suggest Constitutionalizing the policy of Devolution.
8. 1987 - S.W.A.T. (Special Words and Tactics)
9. 1987 - Specific Claims Policy (date of first survey) break 1976/77 Saskatchewan Formula/Agreement on land entitlement.

The appalling statistics on current Indian conditions such as alcoholism, suicide rates, unemployment, education and health are devastating human symptoms of these callous colonial policies. These symptoms can be effectively turned around or improved when the Indian people have full control of their political institutions through recognized Indian Governments.

We have always known and believed that the well-being of our people requires the abolition of all policies which perpetuate this Colonial mentality and practice. We don't need policies

that terminate the "Indian problem", we need policy and legislation which are consistent with the spirit and meaning of the Treaties. Only with the complete restoration of our National Rights can we adequately address and resolve the deplorable conditions of our people. Without the ability and resources required to preserve Indian Government, we will never be able to participate or benefit within the Canadian Confederation.

The delegation of authority through Federal "Devolution Policy" processes are not acceptable. This policy is illegal as a result of the Delbert Guerin vs. Queen (Musqueam) Case. A prominent legal scholar who argued for the Queen, and a high official of the Justice Department has concluded that, "Serious reconsideration may have to be given to the Devolution Policy".

### PROBLEMS

1. The Government of Canada appears intent on implementing its Devolution Policy, in the sectors of health and social services, as well as other sectors, without regard, despite its statements to the contrary, for its obligations under the Royal Proclamation of 1763, the British North America Act, the Treaties between Indian Nations and the Crown, the Constitution Act of 1982 and the Federal/Indian Trust Relationship.
2. In spite of the existence of favourable decisions from the highest courts in the land with respect to the pre-eminence of Treaties in relation to both Federal and Provincial Legislation, as well as statements from the Supreme Court of Canada recognizing that Indian Rights constitute pre-existing, legal rights, ie. rights that pre-date the Royal Proclamation, the British North America Act and any other executive order or legal provision, placing on the Crown an equitable obligation, enforceable by the courts, Indian Governments appear to remain reluctant to use the courts to enforce the obligations agreed to by the Crown in our Treaties. However, the Governments and Canadians generally, must understand that this reluctance is not based on the fear of court decisions, they wish to provide Canada the opportunity to change its historical policy of termination of our Inherent and Treaty Rights. Failure to change the various policies that have always been rejected by our people, will result in the intensification of international (United Nations) activity and the use of the judicial system.



## BACKGROUND

To be an Indian is to be a person - with all the needs and abilities that go with being human.

To be an Indian is also to be different.

It is to speak languages different from those of the descendants of foreign immigrants to this land, draw different pictures, tell different tales and to experience the imposition of different values developed in and for another place.

Canada is lucky and all the richer for the national foundation provided by and the association enjoyed with the first people, the owners and occupants of this land.

However, to be an Indian currently and over this past century is to suffer bigotry, discrimination, alienation, breaches of Trust and Treaties, subtle cultural genocide and to be engaged in a constant fight to retain one's self image in the face of continuous efforts, by the immigrants and their descendents, to remake one in an image they have created.

To be an Indian is to be set apart - apart from one's own land, to have one's lands pilfered -- legislated out of one's own control, administered under legislation intended to remove and deny all those pre-existing powers recognized, affirmed and guaranteed by the Royal Proclamation of 1763 and by the Treaties.

However, in spite of all these man-made maladies, by the European immigrants and their descendents, to be an Indian still means to walk with humble dignity, confidence and strength.

The present conditions of the Indian are products of history and have nothing to do with the capacities and abilities of Indians.

To be an Indian still means to honour, cherish, respect and practice the very foundations of Indian creation, culture, languages and traditions.

To be an Indian is to control and develop our sovereign Indian lands, Governing Institutions, laws and practices which will regulate and perpetuate our Indian values and systems.

The history of Indian policies of the Government of Canada is really only a history of one policy - the policy of eliminating Indian status - thereby the need to honour and fulfill the obligations imposed on the descendants of the immigrants by the pre-existing rights of Indians, recognized, affirmed and guaranteed in the Royal Proclamation of 1763, the British North America Act, the Treaties and the Constitution Act of 1982 will end.

With Indian status eliminated, there will be no need to recognize and fulfill the Crown's obligations - obligations which the Supreme Court of Canada has shown itself capable of enforcing and willing to enforce - obligations which Canada has consistently attempted to abrogate -- through a variety of policy titles; including, but not limited to, such policies as the Detribalization Policy, Plan for Liquidating Canada's Indian Problem Within 25 Years, the 1969 "White Paper" on Canada's New Indian Policy, the Native Policy and so on.

All of these "policies" had only one goal - the termination of Indian status.

Currently, **DEVOLUTION** is being held out as something new. It is being integrated into all fiscal and administrative arrangements.

Successive Federal Governments have, through their national and international public relations efforts, attempted to use policy pronouncements such as - "enabling Bands to break away from the present pattern of dependency and paternalism which for so long has bedevilled the attempts of Indian people to make their own decisions and control their own destiny".

The **DEVOLUTION POLICY**, like all of the previous disguises within which the **TERMINATION POLICY** has been clothed, fails to recognize that Indian identity is not limited to definitions given to it by Canadian Society.

It is dynamic and flexible in its expression and preservation, continuing to grow, change and flourish, adapting and evolving pragmatically in a changing world.

## TREATY RIGHTS

Governments and Canadians generally view funds allocated to Indian Nations as grants, contributions or loans provided by benevolent governments to their "socially and economically disadvantaged citizens", however, this is a misconception and misinterpretation, either intentional or unintentional, of those allocations.

These funds are payments from one government, representing one of the signatories of an International Treaty (the Crown) to another signatory of that Treaty, the Governments of Indian Nations, and the payments are intended for such matters as defraying the costs of governing, operating and administering social, economic, educational and political institutions, planning, administering and delivering programs flowing from pre-existing, inherent rights affirmed in the Royal proclamation of 1763 and called for by the International Treaties between the Crown and the Treaty Indian Nations.

On the one hand, Governments say that Indians must retain and develop their cultural heritage while, on the other hand, they repackage their **TERMINATION POLICY** as a **DEVOLUTION POLICY** and continue their efforts to dilute and eventually eliminate the special status of Indians.

We do not want to move them away or deter Governments from making "generous" concessions to Indian Nations now or in the future, however, we have an obligation - just as the Crown has an obligation - to demand that governments live up to their historical and Treaty obligations in health and social services as in every other area.

## TRUST RELATIONSHIP

There have been several definitions of the "Trust Relationship" between the Indians, the Crown, the Courts and Governments.

Some Indian Nations have a definition which they say arose as a result of Treaty-making.



The Federal Trust Relationship has often been interpreted by Indians to mean that the Federal Government alone has an obligation to protect the interests of the Indians.

This is not entirely accurate.

The Crown's obligation to the Indians is **NOT** a trust. It is trust-like in character.

Neither is the Crown an agent.

While the Crown does have an obligation, it is a joint obligation shared with the Indian leadership and enforceable by the Courts.

The Royal Proclamation of 1763 created an implied trust, providing that only the Crown - and not any individual settler - could deal with Indians to either occupy or purchase land from Indians and even the Crown could only do so by dealing with and through Chiefs and Headmen - the Indian leadership - and not with individual Indians.

The Crown and the Indian leadership jointly have an obligation to act, consistent with the Royal Proclamation of 1763 and the Treaties, in the interest of the members, individually and collectively of the Indian Bands.

Since this obligation carries with it, discretionary powers, both the Crown and the Indian leadership can be held to strict standards of conduct.

The present negotiations on the devolution of health and social services may be interpreted, by some, since they have the effect of continuing the decades old **TERMINATION POLICY**, albeit under another title, as failing to meet those strict standards of conduct, leaving both the Crown and the Indian leadership vulnerable to charges of failing to fulfill their obligation to protect and enhance the pre-existing rights of the members of Indian Bands who are served by the health and social services programs.

APPROACH TO THE RESOLUTION OF PROBLEMS/ISSUES

- 1) That jurisdiction for the provision of health and social services to Treaty Indians be recognized as a joint responsibility of a "Treaty Indian Health and Social Services Commission" and the Crown's Government of Canada representatives;
- 2) That a separate federal agency be created to administer all health programs and services to Treaty Indians;
- 3) That health and social service programs for Treaty Indians be organized, coordinated, administered and delivered in accordance with the planning, policies and direction provided by Coordinating Bodies established jointly by Indian Nations at various levels to be determined by Indian Nations.
- 4) That the "Office of the Treaty Commissioner", within the office of the Crown's representative in Canada, the Governor General, be established jointly by the Crown and the Treaty Indian leadership, reflecting and enhancing the status of International Treaties, their interpretation and application.
- 5) That health and social services policy, legislation and regulations be developed by each Indian Nation and by Indian Nations collectively at various levels of jurisdiction, to be determined by Indian Nations individually and collectively;
- 6) That the Government of Canada pass "enabling legislation" to enable the Government of Canada and the Governments of Indian Nations to fulfill Treaty Rights in health and social services in a manner consistent with the Trust obligations of both the Government of Canada and the Governments of Indian Nations;
- 7) That both the Federal and Provincial Governments amend their health and social services legislation to make it consistent with the Royal Proclamation of 1763 and the International Treaties between the Crown and the Treaty Indian Nations.

- 8) That E.P.F. and Constitutional jurisdiction of the provinces, exempting Treaty Indians, remain in force, restoring the intended Trust Relationship between the Crown's Governments of Treaty Indian Nations.

## CONCLUSIONS

There are a number of facts to keep foremost in our minds as we set our health and social services policies, goals and directions for the future:

- (1) The Crown and Indian leadership have a joint obligation to act in a manner consistent with the Royal Proclamation of 1763 and the Treaties in the interest of the members, individually and collectively, of Indian Bands and, since this obligation carries with it a discretionary power, the Band members have a right, enforceable in the Courts, to hold both the Crown and the Indian leadership to the highest standards of conduct;
- (2) The Supreme Court of Canada has affirmed that some aboriginal rights are pre-existing and do not owe their origins to administrative policy or declarations of the Crown or the Canadian Parliament.
- (3) Violations of aboriginal and Treaty rights may now give rise to legal actions against the Crown and the Federal Government.
- (4) Prominent legal opinion in Canada has stated that Parliament may not be at liberty to alter the trust-like nature of the Crown's relationship with Indian Nations. This means that government can be expected to attempt to achieve by negotiation that which it cannot achieve by law. The health and social services devolution policy needs to be looked at in this context.



- (5) Prominent legal opinion in Canada has also stated that the Supreme Court's findings relating to pre-existing rights and the obligation of the Crown to act always, in dealing with third parties, for the benefit of the Indians "is bad news for the Crown. The only question is, how Bad?"
- (6) The Crown is being served notice that we will use the findings of the highest court in the land for the benefit of our Band members, as our joint Trust responsibility requires us to. We are not going to continue, cooperating with the **DEVOLUTION POLICY**, to negotiate away the pre-existing rights of our Band members which we have an obligation to protect.

Treaty Indian Nations are uniting not in common frustration, but rather in the very survival of their cultures, languages, customs, traditions and in those inherent rights and authorities provided to them by the Creator. We are also uniting for the preservation of special status and the assurance that Treaty Rights are absolute.

Governments have always claimed to be concerned that those people who live in poverty are likely targets for racial, social, cultural and economic discrimination.

They have often claimed in the past, and they continue to do so to this day, that special status and a distinct identity leads to such discrimination. Then why is Quebec accorded a distinct identity under the Meech Lake Agreement?

However, we know that the Metis, who do not enjoy special status in this nation, are targets of some of the worst forms of racial, social, cultural and economic discrimination. They are trying to achieve a form of special status.

Contrary to what they say, the primary goal of governments is not the elimination of racial, social, cultural and economic discrimination.

Rather, their primary goal is to finally achieve their consistent, stated and unchanged policy of integration, assimilation and termination, achieving the inclusion of Indians within the "melting-pot", multi-cultural image of society brought to our land by the immigrants and maintained by their descendents.

To do this they must eliminate special status for Indians.

This would eliminate Indians:

This would eliminate the need for both the Crown and the Indian leadership to maintain their obligations to protect, honour, maintain and fulfill the pre-existing rights, individually and collectively, of the members of Indian Bands.

The implementation, in health and social services, as well as in other sectors, of the DEVOLUTION POLICY is just one step in that direction.

As stated, we will not cooperate with these steps, and resist such steps with all the energy we can muster.

We will resist by intensifying our activity in the world community.

We will use the courts and seek justice by asking the Courts to decide that the spirit and intent of the Treaties have been breached and violated. As with the "Musqueam Case", and the decision made that the Crown, as a fiduciary, must always act in the best interests of the Indians in all matters. It should be understood that this decision has great implications on the interpretations of Treaties since the written texts of what the Treaty Commissioners said prior to the Treaties is in contradiction to both the Treaties themselves and the manner in which they have been interpreted to date.

We are aware that government negotiators are telling us one thing with their words and another with their actions.

Our inherent, pre-existing and Treaty Rights which we cherish and hold sacred must be preserved and applied in the fashion contemplated and intended by our Treaty-Makers (the Chiefs).

Those undertakings of more than a century ago, firmly grounded in cultural and religious values, are obligations which both the Crown and various Treaty Indian Nations must uphold, regardless of changing situations and circumstances.

Treaties are not archaic and stagnant. They are alive and thriving in modern times.

Lord Denning M.R., Court of Appeal (England) on January 28, 1982, in his concluding remarks stated:

"There is nothing, so far as I can see, to warrant distrust by the Indians of the Government of Canada. But, in case there should be, the discussion in this case will strengthen their hand so as to enable them to withstand the onslaught. They will be able to say that their rights and freedoms have been guaranteed to them by the Crown -- originally by the Crown in respect of the United Kingdom -- now by the Crown in respect of Canada -- but, in any case, by the Crown. No Parliament should do anything to lessen the worth of these guarantees. They should be honored by the Crown in respect of Canada "so long as the sun rises and the river flows". That promise must never be broken".



APPENDICE «SNTÉ-5»

(TRADUCTION)

Phone (306) 949-8100



107 Hodsman Road  
Regina, Saskatchewan  
S4N 5W5

FÉDÉRATION DES INDIENS DE LA SASKATCHEWAN

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

AU

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE

ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

PAR

LE CHEF ADJOINT HENRY DELORME

PRÉSIDENT

COMMISSION DES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX

FÉDÉRATION DES INDIENS DE LA SASKATCHEWAN

Monsieur le président, membres du Comité, je vous remercie de me permettre de vous faire connaître la position de la Fédération des Indiens de la Saskatchewan concernant les droits que les traités nous accordent relativement aux services de santé.

Je désire déposer le présent document de référence qui porte sur les liens historiques et juridiques entre les nations indiennes de la Saskatchewan et la Couronne du chef du Canada.

## HISTORIQUE

Vous savez que les nations ont le pouvoir de conclure des traités. Avant que le Canada ne devienne un État souverain, ce qui a pris un certain nombre d'années, la Grande-Bretagne exerçait un contrôle sur ses relations extérieures; ainsi, elle négociait, signait et entérinait les traités au nom de l'empire britannique dont le Canada faisait partie.

Le pouvoir de conclure des traités vise tous les types d'ententes régies par des lois internationales qui sont signées entre nations, ou entre des nations et des organisations internationales. Nos traités sont des accords bilatéraux qui créent des obligations légales pour la Couronne.

Le Canada doit respecter les modalités des traités qu'il a entérinés, et toute violation de l'un de ceux-ci pourrait engendrer des réclamations à l'échelle internationale ou nationale.

Toutefois, les traités signés au Canada ne sont pas directement applicables, car ils ne font pas partie intégrante des lois du pays uniquement parce qu'ils ont été entérinés. Les lois canadiennes doivent être modifiées pour obliger le gouvernement à remplir les obligations qui lui incombent en vertu des traités. Il faut même adopter une mesure habilitante à cet égard. Comme les lois actuelles permettent maintenant au gouvernement canadien de remplir ces obligations, il est maintenant nécessaire que le corps législatif approprié adopte une mesure habilitante.

Bien qu'il soit autorisé à conclure des traités, le gouvernement fédéral peut uniquement appliquer les lois qui concernent les traités relevant de sa compétence. En effet, si le traité relève de la compétence législative d'une province, il incombe à l'assemblée législative de cette province d'adopter la loi de mise en vigueur nécessaire. Les lois qui donnent maintenant au Canada la capacité juridique de remplir les obligations découlant des traités abordent les questions suivantes:

### 1. SOUVERAINETÉ

La Proclamation royale de 1763 reconnaît la nationalité indienne, tandis que les traités confirment les droits inhérents des Indiens et leur

gouvernement. Les traités sont maintenant inscrits dans la Constitution canadienne, et le gouvernement canadien doit prendre les mesures qui s'imposent pour que toutes les lois du pays respectent ces traités.

## 2. COMPÉTENCE GOUVERNEMENTALE DES PROVINCES

L'amendement constitutionnel apporté à l'Accord de transfert des ressources naturelles de 1930 influe sur cette compétence. Les modalités de cet amendement ont été précisément fixées en fonction des traités bilatéraux. De plus, l'ATRN de 1930, qui fait partie de l'ensemble des documents constitutionnels du Canada, précise que les obligations de la Couronne en matière de terres et de ressources doivent être reconnues et remplies.

3. Le Canada est maintenant obligé, sur le plan légal, d'adopter des lois complémentaires qui reconnaissent le gouvernement des nations indiennes, leurs institutions, leur compétence et leurs lois et ce, non pas de façon à atteindre son objectif manifeste qui est de mettre fin aux traités signés avec les Indiens, mais plutôt de manière à respecter l'esprit et la lettre des traités de la Saskatchewan.
4. En dernier lieu, nos nations indiennes se sont engagées à respecter les traités qu'elles ont ratifiés. Nos chefs spirituels ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration et l'acceptation des traités au moment des négociations. Les calumets et les effets échangés lors des cérémonies religieuses qui accompagnent la ratification de nos traités continuent de représenter l'engagement spirituel et moral des deux parties.

Le Canada a accepté d'être responsable des traités de la Couronne. Cette responsabilité va beaucoup plus loin que le simple fait de s'occuper de «curiosités historiques». Elle est en effet essentielle pour préserver et rétablir nos «droits nationaux» dans l'ensemble des documents constitutionnels que forment la Proclamation royale de 1763, les traités et les lois constitutionnelles de 1867 et 1982. Le gouvernement fédéral et les gouvernements indiens doivent élaborer leurs lois et politiques respectives afin de mettre en oeuvre et appliquer les traités.

Pour devenir souverains sur nos terres et le demeurer, nous devons contrôler et mettre au point nos propres organisations politiques ainsi que les structures, institutions et systèmes de nos gouvernements. Nous devons absolument obtenir l'autodétermination et disposer des ressources financières appropriées pour accéder à la souveraineté que les lois internationales nous reconnaissent.

La Proclamation royale et les traités signés avec les gouvernements de nombreuses régions du Canada abordent de façon manifeste la question de la souveraineté des Indiens.

Les tribunaux ont interprété ces ententes formelles de façon très variée, et même souvent avec mépris, portant ainsi atteinte à la souveraineté qui y était



reconnue. Dans le cadre des efforts que nous déployons pour accéder à cette autodétermination qui nous a si longtemps été refusée, il nous faut absolument faire reconnaître et respecter le statut international de nos traités.

Nous avons respecté nos systèmes traditionnels de gouvernement et de législation lorsque nous avons élaboré des lois et règlements en matière d'élections, d'appartenance à nos effectifs et de gestion qui permettront de faire reposer notre souveraineté sur un fondement pratique. Nous n'avons pas perdu nos traditions, et nous tentons actuellement d'y revenir et de les modifier si nécessaire, car nous devons nous gouverner dans ce monde contemporain.

### INTRODUCTION

Les nations indiennes du Canada, et tout particulièrement celles de la Saskatchewan, ont été tolérantes et patientes. Nous croyons en effet que la bonne volonté, la confiance mutuelle, le respect, l'honneur et la justice sont les qualités fondamentales d'un peuple démocratique.

Nous nous rappelons bien les paroles que le Premier ministre a prononcées lors de la Conférence des premiers ministres qui a eu lieu à Ottawa le 23 avril 1985:

«Nous sommes ici pour tracer une nouvelle voie et pour nous y engager.»

«La clé des changements qui s'imposent pour améliorer le sort des peuples autochtones est de leur accorder l'autonomie gouvernementale au sein de la fédération canadienne. Nous sommes un peuple prudent et la notion d'autonomie gouvernementale peut paraître quelque peu inquiétante pour certains d'entre nous. Mais pas pour moi. L'autonomie gouvernementale n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen d'atteindre des objectifs communs. C'est l'outil qui sert à bâtir et c'est dans le fait de bâtir que résident le défi et la satisfaction.»

«Il m'apparaît essentiel de reconnaître le droit des autochtones à l'autonomie gouvernementale. Convenons de nous engager à établir les modalités selon lesquelles nous pourrions répondre aux circonstances particulières des diverses collectivités autochtones.»

«Ce serait là une réalisation historique, un premier pas vers l'établissement de nouveaux rapports entre les collectivités autochtones et les gouvernements, des rapports qui permettront d'instaurer la création de ce climat de confiance mutuelle qui nous a échappé depuis si longtemps.»

«...je crois que vous et moi nous opposerions en 1985 à ce que les bureaucrates d'un ministère nous imposent une décision dans un domaine aussi fondamental. Cela me répugne et offense mon sens de la démocratie et je suis convaincu qu'il en est de même pour vous. Tout revient à une simple question de dignité.»

Nous tenons à rappeler au Comité parlementaire ainsi qu'au gouvernement du Canada que vous avez acquis des nations indiennes ce que vous possédez maintenant à la faveur d'entretiens bilatéraux (de gouvernement à gouvernement) et de traités officiels signés par les nations et la Couronne.

Le Premier ministre a pris récemment devant la communauté internationale des engagements à l'égard de la souveraineté des nations indiennes, engagements que confirment les textes suivants:

1. RECONNAISSANCE POLITIQUE ET LÉGISLATIVE PAR LES GOUVERNEMENTS BRITANNIQUE ET CANADIEN

- \* Les Chartes royales - Compagnie de la Baie d'Hudson - 1760
- \* Les directives royales - alliances entre les Indiens et le gouvernement britannique
- \* La Proclamation royale - 1763
- \* L'Acte de l'Amérique du Nord britannique - 1867
- \* Le transfert des terres de Rupert - 1867 - 1870
- \* La Loi constitutionnelle - 1982

2. RECONNAISSANCE EN DROIT INTERNATIONAL

- \* La déclaration universelle sur les territoires non autonomes
- \* La Convention internationale sur les droits de la personne et le Protocole facultatif.
- \* La Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels.

3. RECONNAISSANCE JURIDIQUE DE LA SOUVERAINETÉ

- \* La Proclamation royale de 1763
  - L'affaire de la meunerie de St-Catherines
  - La Reine c. le Secrétariat d'État aux affaires étrangères et au Commonwealth, 1982
  - La Loi constitutionnelle, 1982
- \* Affaires portées devant les tribunaux des États-Unis
  - Mohegan c. Connecticut, 1762 (Décision du tribunal du Conseil privé)

- Worchester c. Georgie, 1832 (Cour suprême des États-Unis)
- Goodev c. Jackson, 1832
- Wall c. Williamson, 1845
- Nation Cherokee c. Georgie, 1831
- \* Affaires portées devant les tribunaux canadiens
  - Connelly c. Woolrich, 1867
  - Delbert Guerin c. La Reine, 1984 (Musqueam)
  - R.V. Taylor et Williams, 1981
- \* La cour internationale de justice
  - Affaires touchant l'Afrique du Sud-Ouest, 1966-1971

Depuis plus de 100 ans, c'est-à-dire depuis les traités des Prairies, les politiques mises en oeuvre par les anciens gouvernements coloniaux britanniques et par les gouvernements canadiens qui ont suivi se sont révélées soit en contradiction expresse avec les conditions et l'intention du traité, soit totalement inadéquates pour donner suite aux obligations découlant de ces traités.

Dans les années 1840, soit à l'époque où remontent de nombreux traités signés avant la Confédération, l'administration coloniale a mis en oeuvre la politique de détritorialisation qui a constitué le premier pas en vue de retirer aux nations indiennes le contrôle de leur propre mode de vie et de leurs institutions. Cette politique ainsi que celles qui ont été adoptées par les administrations suivantes s'opposaient aux droits nationaux et aux droits de la personne que les traités reconnaissent à perpétuité aux Indiens.

Au cours des quarante dernières années, de nombreuses initiatives politiques prises par les divers gouvernements du Canada ont poursuivi la politique de «détritorialisation» de 1840 qui se traduit par une perte de contrôle sur les institutions sociales, économiques, culturelles et politiques. En voici un rapide historique:

1. 1947 - Plan visant à liquider le problème indien du Canada dans les 25 années à venir.
2. 1969 - La politique indienne du gouvernement du Canada
3. 1974 - Lignes directrices sur l'administration par les bandes, Affaires indiennes



4. 1976 - Politique de cooptation des Autochtones
5. 1981 - Rapatriement de la constitution canadienne
6. 1985 - «*The Buffalo Jump*» des années 80, Rapport du Groupe de travail ministériel sur les programmes des Autochtones (préparé par le sous-ministre)
7. 1985 - Propositions de 1985 suggérant la constitutionnalisation de la politique de transfert des responsabilités.
8. 1987 - S.W.A.T. (Mots spéciaux et tactiques)
9. 1987 - Politique des revendications particulières (date de la première enquête) cassant l'Accord de 1976-1977 de la Saskatchewan sur les droits territoriaux.

Les terribles statistiques sur les conditions de vie actuelles des Indiens comme l'alcoolisme, le taux de suicide, le chômage, l'éducation et la santé sont des symptômes accablants de ces politiques coloniales sans pitié, lesquels ne peuvent être enrayés ou diminués que lorsque les Indiens, par l'entremise de gouvernements indiens reconnus, contrôleront totalement leurs institutions politiques.

Nous savons et croyons depuis toujours que le bien-être de notre peuple nécessite l'abolition de toutes les politiques qui perpétuent cette mentalité et ces usages coloniaux. Nous n'avons pas besoin de politiques qui mettent un terme au «problème indien», nous avons besoin de politiques et de lois compatibles avec l'esprit et la lettre des traités. Ce n'est que lorsque nos droits nationaux nous auront été restitués que nous pourrons apporter une solution aux conditions de vie déplorables de notre peuple. Si nous ne pouvons pas avoir de gouvernement indien et si nous ne disposons pas des ressources nécessaires pour le préserver, nous ne pourrons jamais participer à la confédération du Canada ni en tirer avantage.

Le principe de délégation de l'autorité par l'entremise des processus de la politique fédérale de «transfert des responsabilités» n'est pas acceptable. Cette politique est illégale d'après l'affaire Delbert Guerin contre la Reine (Musqueam). Un juriste important prenant la parole en faveur de la Reine et un haut fonctionnaire du ministère de la Justice ont conclu qu'il faudrait sans doute réexaminer à fond la politique de transfert des responsabilités.

### PROBLÈMES

1. Le gouvernement du Canada semble résolu à appliquer sa politique de transfert des responsabilités dans les secteurs de la santé et des services sociaux ainsi que dans d'autres secteurs, sans égard, malgré ses

déclarations, pour les obligations qu'il a contractées en vertu de la Proclamation royale de 1763, de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, des traités conclus entre les nations indiennes et la Couronne, de la *Loi constitutionnelle de 1982* et des relations de confiance entre les Indiens et le gouvernement fédéral.

2. Même si les tribunaux les plus importants du pays ont rendu des décisions favorables au sujet de la prééminence des traités par rapport aux lois tant fédérales que provinciales et même si la Cour suprême du Canada a reconnu que les droits indiens sont des droits préexistants et légaux, c'est-à-dire des droits antérieurs à la Proclamation royale, à l'Acte de l'Amérique du Nord britannique et à tout autre décret-loi ou toute autre disposition légale, imposant ainsi à la Couronne une obligation d'équité, applicable par les tribunaux, les gouvernements indiens semblent peu disposés à s'adresser aux tribunaux pour faire respecter les obligations que la Couronne a acceptées dans nos traités. Toutefois, les gouvernements et les Canadiens en général doivent comprendre que les Indiens loin de craindre les décisions des tribunaux, souhaitent donner au Canada la possibilité de modifier sa politique historique de révocation de leurs droits inhérents et issus de traités. Le fait de ne pas modifier les diverses politiques que notre peuple a toujours rejetées entraînera l'intensification des recours aux instances internationales (Nations Unies) et au système judiciaire.

## HISTORIQUE

L'Indien est un être humain: il a les mêmes capacités et les mêmes besoins que le reste des hommes.

Mais il est aussi différent.

Il ne parle pas les mêmes langues que les descendants des premiers colons européens sur cette terre; il ne peint pas les mêmes images; il a d'autres légendes; il s'est fait imposer des valeurs qui lui étaient étrangères et qui ne lui conviennent pas.

Le Canada doit beaucoup aux Premières nations, les propriétaires et les premiers occupants de cette terre; ce sont elles qui lui ont donné ses fondements.

Cependant, l'Indien subit, depuis un siècle, le fanatisme, la discrimination, l'aliénation, l'abus de confiance, la violation des traités et un perfide génocide culturelle. En outre, pour conserver son indianité, il a dû lutter sans cesse contre les tentatives répétées des premiers colons et de leurs descendants visant à le modeler à leur image et à leur ressemblance.

L'Indien est un étranger dans son propre pays; il a été chassé et dépossédé de ses terres; il a perdu le droit de se gouverner lui-même; il a été assujéti à des lois visant à lui enlever et à lui refuser tous les droits ancestraux qu'avaient reconnus, affirmés et garantis la Proclamation royale de 1763 et les traités.

Toutefois, en dépit de toutes les vicissitudes imposées par les premiers colons européens et leur descendants, l'Indien peut toujours marcher la tête haute, avec dignité, confiance et sérénité.

La situation actuelle de l'Indien est le produit de l'histoire et n'a rien à voir avec ses capacités.

L'Indien honore, respecte, vénère et pratique encore les fondements mêmes de l'indianité: créativité, culture, langues et traditions.

L'Indien a le droit légitime de gérer et de mettre en valeur ses propres terres, de jouir de ses propres institutions politiques, d'être régi par ses propres lois et pratiques qui réglementeraient et assureraient la survie de ses propres valeurs et systèmes.

L'histoire des politiques du gouvernement du Canada en matière d'affaires indiennes peut se résumer à un seul objectif: l'élimination du statut d'Indien. Si l'on y arrivait, on n'aurait pas à honorer et à respecter les obligations imposées aux descendants des premiers colons en vertu des droits ancestraux des Indiens, droits qui ont été reconnus, affirmés et garantis dans la Proclamation royale de 1763, l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, les traités et la *Loi constitutionnelle de 1982*.

Lorsque le statut d'Indien sera éliminé, il ne sera plus nécessaire de reconnaître et de respecter les obligations de la Couronne, obligations que la Cour suprême du Canada a voulu et a su faire respecter et auxquelles le Canada a de tout temps essayé de se soustraire par l'entremise d'une série de politiques telles que la destruction de l'organisation tribale, le projet de liquidation du problème indien canadien en 25 ans, le Livre blanc de 1969 sur la nouvelle politique indienne, la politique autochtone, etc.

Toutes ces politiques n'avaient qu'un seul but: l'élimination du statut d'Indien.

À l'heure actuelle, on parle de **TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS** comme de quelque chose de nouveau et on intègre cette politique à tous les arrangements administratifs et fiscaux.

À tour de rôle, les gouvernements fédéraux ont, par leur efforts de relations publiques nationales et internationales, tenté d'utiliser à leurs propres fins des énoncés de politique comme: «... permettre aux bandes de se libérer de l'actuel régime de tutelle et de paternalisme qui a pendant trop longtemps réduit à néant les efforts du peuple indien de prendre ses propres décisions et de maîtriser sa propre destinée».

La **POLITIQUE DE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS**, comme toutes les autres formes de déguisement qu'a prise la **POLITIQUE D'ÉLIMINATION** du statut d'Indien, ne reconnaît pas que l'indianité n'est pas limitée aux définitions que lui a données la société canadienne.



En fait, l'indianité est dynamique et souple dans son expression et sa préservation, elle continue de croître, de changer et de s'épanouir, de s'adapter et d'évoluer d'une façon pragmatique dans un monde en constante évolution.

### DROITS RECONNUS PAR TRAITÉ

Le gouvernement et les Canadiens en général considèrent les fons affectés aux nations indiennes comme des subventions, des contributions ou des prêts que procurent des gouvernements bienveillants à leurs citoyens socialement et économiquement défavorisés. Il s'agit là d'une erreur de conception et d'interprétation, intentionnelle ou non, qui fausse la perception de ces affectations de fonds.

En effet, ces fonds sont des paiements effectués par un gouvernement signataire d'un traité international (la Couronne) à un autre signataire de ce traité, les gouvernements des nations indiennes. Les paiements sont effectués pour assumer les coûts de gestion, d'exploitation et d'administration des institutions sociales, économiques, éducatives et politiques, ainsi que de planification, d'administration et de mise en oeuvre de programmes découlant des droits acquis, inhérents et confirmés dans la Proclamation royale de 1763 et reconnus par les traités internationaux signés entre la Couronne et les nations indiennes signataires du traité.

D'une part, les gouvernement affirment que les Indiens doivent conserver et développer leur héritage culturel, tandis que d'autre part, ils reformulent leur **POLITIQUE D'EXTINCTION** des titres en la présentant comme une **POLITIQUE DE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS** afin de finalement faire disparaître le statut spécial des Indiens.

Nous ne voulons pas décourager les gouvernements, ni les dissuader de continuer à faire ces «généreuses» concessions aux nations indiennes, mais nous avons contracté une obligation - tout comme la Couronne - qui est d'exiger qu'ils s'acquittent de leurs obligations historiques et de celles qu'ils se sont engagés à respecter par traité sur le plan des services de santé et des services sociaux, comme dans tous les autres domaines.

### LA RELATION TUTÉLAIRE

Il y a eu plusieurs définitions de la «relation tutélaire» entre les Indiens, la Couronne, les tribunaux et les gouvernements.

Certaines nations indiennes proposent une définition qu'elles disent découler des traités eux-mêmes. Parce qu'existait ce rapport de confiance avec le Fédéral, les Indiens ont souvent cru que c'était le gouvernement fédéral seul qui était obligé de protéger leurs intérêts.

Ce n'est pas entièrement exact.

La Couronne **N'EST PAS** à proprement parler un curateur, mais un genre de curateur.

Elle n'est pas non plus un agent.

Certes, l'obligation pèse sur la Couronne, mais c'est une obligation conjointe, partagée avec les représentants des Indiens et pouvant être sanctionnée par les tribunaux.

La Proclamation royale de 1763 a créé un rapport de droit implicite, fondé sur la confiance, dans lequel seule la Couronne - et non sur la confiance, dans lequel seule la Couronne - et non un quelconque colonisateur - pouvait traiter avec les Indiens, soit pour occuper soit pour acheter des terres et même la Couronne devait pour ce faire traiter avec et par l'entremise des grands chefs et des chefs de tribus et non avec les simples Indiens.

La Couronne et les représentants des Indiens ont conjointement contracté l'obligation, aux termes de la Proclamation royale de 1763 et des traités, de servir les intérêts des membres, pris individuellement ou collectivement, des bandes indiennes.

Puisque cette obligation comporte des pouvoirs discrétionnaires, tant la Couronne que les représentants des Indiens doivent respecter un code d'éthique sévère.

Comme elles ont l'effet de continuer cette vieille **POLITIQUE D'EXTINCTION** du peuple indien, les présentes négociations sur le transfert des services de santé et des services sociaux peuvent être interprétées par certains, qui peuvent toutefois lui donner un autre titre, comme une incapacité de se conformer à ce code d'éthique strict. Dès lors, tant la Couronne que les représentants des Indiens pourraient être accusés à juste titre d'avoir manqué à leur obligation, qui consistait à protéger et à faire respecter les droits acquis des membres des bandes indiennes, droits dont le respect est le mieux assuré par l'application des programmes de services de santé et de services sociaux.

#### RÈGLEMENT DES PROBLÈMES

- 1) Que la compétence en matière de services sociaux et de santé offerts aux Indiens assujettis à un traité soit reconnue comme étant la responsabilité conjointe de la «Commission des services sociaux et de santé offerts aux Indiens assujettis à un traité» et des représentants de la Couronne du gouvernement du Canada;
- 2) Qu'un organisme fédéral distinct soit créé pour administrer tous les programmes et services de santé qui s'appliquent aux Indiens assujettis à un traité;

- 3) Que les programmes en matière de services de santé et sociaux offerts aux Indiens assujettis à un traité soient organisés, coordonnés, administrés et mis en oeuvre conformément aux politiques et lignes d'action des organismes de coordination créés conjointement par les nations indiennes à divers paliers devant être déterminés par celles-ci.
- 4) Que le Bureau du commissaire aux traités, qui relève du bureau du représentant de la Couronne au Canada, le Gouverneur général, soit établi conjointement par la Couronne et les chefs des nations indiennes assujetties à un traité; ce bureau aura pour mandat de promouvoir les traités internationaux, leur interprétation et leur mise en application.
- 5) Que les politiques, lois et règlements régissant les services de santé et sociaux soient élaborés par les nations indiennes, d'abord séparément et ensuite collectivement, à divers paliers de compétence, lesquels seront établis séparément et collectivement par celles-ci;
- 6) Que le gouvernement du Canada adopte une «loi habilitante» qui permettra à ce dernier ainsi qu'aux administrations des nations indiennes de respecter les droits issus des traités pour ce qui est des services de santé et sociaux, conformément aux obligations tutélaires du gouvernement du Canada et des administrations des nations indiennes;
- 7) Que le gouvernement fédéral et les provinces modifient leurs lois régissant les services de santé et sociaux pour rendre celles-ci conformes aux dispositions de la Proclamation royale de 1763 et des traités internationaux signés entre la Couronne et les nations indiennes visées par un traité.
- 8) Que les dispositions de la Loi sur le financement des programmes établis et les compétences des provinces prévues par la Constitution, desquelles sont exemptés les Indiens assujettis à un traité, demeurent en vigueur et rétablissent les rapports tutélaires voulus entre les diverses administrations des nations indiennes de la Couronne visées par un traité.

### CONCLUSIONS

Plusieurs faits doivent être pris en considération au moment d'établir les politiques, les objectifs et orientations futurs en matière de services de santé et sociaux:

- (1) La Couronne et les chefs indiens doivent se conformer aux dispositions de la Proclamation royale de 1763 et des traités, dans l'intérêt des membres, pris individuellement et collectivement, des bandes indiennes. De plus, du fait que cette obligation s'accompagne d'un pouvoir discrétionnaire, les membres des bandes sont en droit, droit qui peut être confirmé par les tribunaux, de s'attendre à ce que la Couronne et les chefs indiens aient une conduite des plus exemplaires;



- (2) La Cour suprême du Canada a confirmé que certains droits ancestraux existent déjà et que leur existence n'est pas attribuable à une politique administrative ou à des déclarations de la Couronne ou du Parlement canadien.
- (3) Toute violation des droits ancestraux et des droits issus de traités peut faire l'objet de poursuites contre la Couronne et le gouvernement fédéral.
- (4) Certains avocats-conseils éminents au Canada ont déclaré que le Parlement ne peut modifier à son gré le caractère tutélaire des rapports qui existent entre la Couronne et les nations indiennes. On peut donc s'attendre à ce que le gouvernement essaie d'obtenir par voie de négociations ce qu'il ne peut réaliser par voie législative. La politique de transfert des responsabilités en matière de services de santé et sociaux doit donc être examinée dans ce contexte.
- (5) Des juris consultes ont également déclaré que la décision de la Cour suprême à l'égard des droits déjà existants et de l'obligation de la Couronne de toujours agir, lorsqu'elle traite avec des tiers, dans l'intérêt des Indiens, va contre l'intérêt de la Couronne. Il reste à savoir dans quelle mesure.
- (6) Nous avisons la Couronne que nous invoquerons la décision du plus haut tribunal du pays dans l'intérêt des membres de nos bandes, comme l'exige notre responsabilité tutélaire conjointe. Nous n'allons pas continuer, conformément à la **POLITIQUE DE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS**, de négocier un renoncement aux droits que possèdent déjà les membres de nos bandes et que nous avons l'obligation de protéger.

Les nations indiennes visées par des traités ne s'unissent pas pour exprimer leur mécontentement, mais plutôt pour tenter de préserver leurs cultures, leurs langues, leurs coutumes, leurs traditions et les droits et pouvoirs inhérents qui leur ont été conférés par le Créateur. Nous nous unissons également pour préserver notre statut particulier et nous assurer que les droits issus de traités sont absolus.

Les gouvernements ont toujours prétendu se préoccuper du fait que les personnes qui vivent dans la pauvreté risquent d'être les cibles de discrimination raciale, sociale, culturelle et économique.

Ils ont souvent prétendu, et ils continuent de prétendre, qu'un statut particulier et une identité distincte aboutissent à pareille discrimination. Alors, pourquoi accorde-t-on une identité distincte au Québec en vertu de l'Accord du lac Meech?

Quoi qu'il en soit, nous savons que les Métis, qui ne jouissent pas d'un statut particulier dans le pays, sont les cibles de quelques-unes des pires formes de discrimination raciale, sociale, culturelle et économique. Ils tentent donc d'obtenir une certaine forme de statut particulier.

Contrairement à ce qu'ils disent, les gouvernements n'ont pas pour principal objectif de faire disparaître la discrimination raciale, sociale, culturelle et économique.

Leur principal objectif constitue plutôt à mettre finalement en oeuvre leur politique obstinée, déclarée et immuable d'intégration, d'assimilation et d'extermination, qui aboutirait à l'inclusion des Indiens dans le «melting-pot», une image multiculturelle de la société que nous ont transmise les immigrants et qu'entretennent leurs descendants.

Pour ce faire, ils doivent éliminer le statut particulier conféré aux Indiens, ce qui signifierait l'élimination des Indiens eux-mêmes.

On éliminerait également la nécessité tant pour la Couronne que pour les dirigeants Indiens de respecter leur obligation de protéger, d'honorer, de préserver et d'appliquer les droits déjà existants, individuels et collectifs, des membres des bandes indiennes.

Dans les services de santé et les services sociaux, de même que dans d'autres secteurs, la mise en oeuvre de la **POLITIQUE DE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS**, ne constitue qu'une mesure en ce sens.

Comme nous l'avons déclaré, nous ne collaborerons pas à la prise de cette mesure et nous nous y opposerons avec toute l'énergie que nous pouvons rassembler.

Nous y résisterons en intensifiant nos activités au sein de la communauté mondiale.

Nous ferons appel aux tribunaux et réclamerons justice en demandant aux tribunaux de statuer que l'esprit et l'objet des traités ont été enfreints et violés, comme dans l'«affaire Musqueam» et dans la décision selon laquelle la Couronne, en tant que fiduciaire, doit toujours agir dans l'intérêt des Indiens, dans toutes les questions litigieuses. Il est entendu que cette décision a des répercussions énormes sur l'interprétation des traités, puisque les textes dans lesquels sont consignées les paroles des commissaires aux traités avant la conclusion de ces derniers entrent en conflit avec les traités eux-mêmes et avec la façon dont ils ont été interprétés jusqu'ici.

Nous sommes conscients que les négociateurs du gouvernement ne joignent pas le geste à la parole.

Nos droits inhérents, déjà existants et issus de traités que nous chérissons et que nous tenons pour sacrés doivent être préservés et appliqués de la façon envisagée et prévue par ceux d'entre nous (les chefs) qui ont conclu ces traités.

Ces initiatives qui ont été prises il y a plus d'un siècle et qui sont profondément enracinées dans nos valeurs culturelles et religieuses, constituent des obligations que la Couronne et diverses nations indiennes visées par les traités doivent respecter, indépendamment de l'évolution des circonstances.

Les traités ne sont ni archaïques ni stagnants: ils sont florissants dans le monde contemporain.

En effet, Lord Denning M.R., de la Cour d'appel (Angleterre), a déclaré dans sa conclusion, le 28 janvier 1982:

«Autant que je sache, rien ne justifie que les Indiens se méfient du gouvernement du Canada. Mais si tel était le cas, le débat qui entoure cette affaire leur permettra d'acquérir la force nécessaire pour résister à l'assaut. Ils pourront dire que leurs droits et liberté leur ont été garantis par la Couronne - originalement, par celle du Royaume-Uni - maintenant, par celle du Canada - mais, de toute façon, par la Couronne. Aucun parlement ne devrait faire quoi que ce soit pour atténuer l'importance de ces garanties. Elles devraient être honorées par la Couronne du Canada «aussi longtemps que le soleil se lèvera et que la rivière coulera». Cette promesse ne doit jamais être rompue.»















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Federation of Saskatchewan Indian Nations:*

Henry Delorme, Vice-Chief;  
Marvin Hendickson, Advisor.

*From the Canadian Health Coalition:*

Carol Richardson, Executive Coordinator;  
Kathleen Connors, Vice-Chairperson.

#### TÉMOINS

*De la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan:*

M. Henry Delorme, vice-chef;  
Marvin Hendickson, conseiller.

*De la Coalition canadienne de la santé:*

Carol Richardson, coordinatrice exécutive;  
Kathleen Connors, vice-présidente.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 48

Thursday, May 26, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 48

Le jeudi 26 mai 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

### CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

THURSDAY, MAY 26, 1988

(69)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:55 o'clock a.m., in Room 705, 151 Sparks, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul W. McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Economic Communication Group:* William A. Dyson, Vice-President. *Individual:* Chris Brown.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Mr. Dyson made a statement and answered questions.

Mr. Brown made a statement and answered questions.

At 11:06 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE JEUDI 26 MAI 1988

(69)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 55, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul W. McCrossan.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De Economic Communication Group:* William A. Dyson, vice-président. *À titre individuel:* Chris Brown.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

M. Dyson fait une déclaration et répond aux questions.

M. Brown fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 h 06, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell

## EVIDENCE

*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Thursday, May 26, 1988

• 0956

**The Chairman:** The Chair sees a quorum. I have asked the committee to come to order. The business for today in accordance with our mandate under Standing Order 96(2) is the consideration of the health care system in Canada and its funding.

We have with us today two witnesses, the first being Mr. William A. Dyson, Vice-President of the Economic Communication Group. We apologize again to you, Mr. Dyson. I guess it was a bomb scare that drew our former meeting to a quick conclusion when you were here as a witness on that day. We are pleased you could come back today to be with us.

We will be hearing after you from Mr. Chris Brown.

Unfortunately, due to other pressures our colleagues have, we are late in getting started. Our time is going to be limited, because the House goes in at 11 a.m., so we will have to cut you down, I think, Mr. Dyson, to about half an hour and the same for Mr. Brown. So if you want to give us your presentation, then we will have some time for questions out of that total half hour, if you do not mind, Mr. Dyson.

**Mr. William A. Dyson (Individual Presentation):** Thank you very much, Mr. Chairman. It is a great pleasure for me to be here and I wish to express my appreciation to you and the committee for granting me time to come and speak, knowing that you have a large number of requests coming before you.

I must admit my first visit here when greeted with a bomb scare gave a bit of a lively start to the presentation, and this morning we have had enough time talking of health to get a good caffeine fix in. So now we can get under way.

I suppose one of the things that is very important for me to say to start is that I am basically here as an individual, which is somewhat unusual as we are usually in these situations representing some institutional group. What has led me here is that while I have had fairly extensive experience in a number of fields, one of them is the field of health. Perhaps I feel with the years passing and the greying of my hair I have gathered some experience, if not maybe a little wisdom, which I would like to share at this point with your committee which faces such a broad and yet crucial mandate as we go into the future.

What has led me here, among the things, is my own experience in the field of health, during the five years as a member of the Castonguay-Nepveu Commission of Inquiry on Health and Welfare in Quebec, which gave me

## TÉMOIGNAGES

*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le jeudi 26 mai 1988

**Le président:** Nous avons le quorum. La séance est ouverte. Conformément à notre mandat en vertu de l'article 96(2) du Règlement, nous étudions le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Nous accueillons aujourd'hui deux témoins. Tout d'abord, M. William A. Dyson, vice-président du Economic Communication Group. Veuillez nous excuser, monsieur Dyson. Nous avons dû mettre un terme abruptement à la séance précédente en raison d'une alerte à la bombe et vous deviez être notre témoin ce jour-là. Nous sommes heureux de vous accueillir de nouveau.

Nous entendrons le témoignage de M. Chris Brown, tout de suite après vous.

Malheureusement, mes collègues sont pressés de toutes parts, et nous commençons en retard. Nous devons limiter le temps de séance, car la Chambre siège à 11 heures. Monsieur Dyson, vous ne disposez que de 30 minutes, la même chose pour M. Brown. Si vous voulez bien faire votre exposé, et réserver du temps pour les questions, vous disposez d'une demi-heure. Monsieur Dyson.

**M. William A. Dyson (à titre personnel):** Merci beaucoup, monsieur le président. C'est un grand honneur pour moi de comparaître et je tiens à remercier le Comité de m'avoir réservé du temps car je sais que nombreux sont ceux qui sollicitent la même chose.

Lors de ma première visite, il y a eu une alerte à la bombe, ce qui a mis un peu de piquant, et ce matin, le temps d'attente nous a permis de nous imbiber de caféine tout en parlant de santé. Je suppose que nous pouvons maintenant commencer.

Il est très important de dire tout de suite que je fais mon exposé ce matin à titre personnel, ce qui est assez singulier car d'habitude les témoins représentent des organisations. C'est à cause d'une vaste expérience dans bien des secteurs, notamment dans le domaine de la santé, que j'ai été amené à venir ici. Avec les années qui passent, comme mes cheveux grisonnent, je suppose que j'ai acquis une certaine expérience, voire une certaine sagesse, que j'aimerais partager avec les membres du Comité qui sont saisis d'un mandat vaste mais toutefois crucial pour les années à venir.

C'est ma propre expérience dans le domaine de la santé qui m'amène ici. J'ai siégé pendant cinq ans à la Commission Castonguay-Nepveu qui faisait enquête sur la santé et le bien-être dans la province de Québec, et cela



## [Texte]

a very extensive understanding of the field of health back 20 years ago when we were establishing medicare and general health programs, reviewing them throughout the whole country, following upon the Hall commission. I might mention too that I worked frequently and closely with Emmett Hall. As a matter of fact in many ways he was, you could say, a quarterback to some of my own work.

I have also worked on the issues of health and technology of the World Council of Churches and with the Vanier Institute. I have published a number of documents dealing with health including wellness, community health centres and the like. When I was with one of my tours with the Privy Council office, I also had an opportunity to do some of the first memoranda work on the whole field of the promotion of health, which a few years later, among other things, led to the work of many people in our federal legislation in this field.

• 1000

In the last more recent years, I have had some opportunity in India to deal with the healthful society, including the cultural impacts of our western way of life upon health, and how those issues pertain or do not pertain to the Third World. Among other things, apart from my basic seminars, this included work with the seminar with the National Institute of Mental Health at Bangalore, India.

In 1981 I was also in China with a group of doctors and social workers. Over a month I had a chance to see their traditional medicine, apart from modern medicine, and a number of these things. My first learning is about China. Its health programs came from Wilder Penfield, with whom I worked extensively at one time too.

Perhaps one of the things I could say to start on the issues is, as we wound up our work at the Castonguay commission—and we were close to five or six years looking at the fields of health, all aspects of it and others subsidiary to it, such as the professional structures—we all had a sense—and this would be in the late 1960s or early 1970s—that, apart from this great world of technological medicine, the great structure and approaches we had developed and were putting forward to the provincial government at this time, as our recommendations, that just over the horizon lay another whole field of health, one quite different from the technological world, the great race to the 21st century we were all into.

This field of health was rather quite radical. It would be the beginnings of those kinds of understandings where we would come into the issues so much more clearly perceived today, that we have built ourselves immense health structures and approaches based essentially on the whole world of sickness in contrast to a whole world of

## [Traduction]

m'a fourni une compréhension profonde de ce qu'était le domaine de la santé, il y a 20 ans au moment où s'amorçaient l'assurance et les programmes généraux dans le domaine de la santé, avec un examen exhaustif partout au Canada, suite à la Commission Hall. Il me faut signaler que j'ai travaillé fréquemment et en étroite collaboration avec Emmett Hall. En fait, il a été à bien des égards une inspiration pour mon propre travail.

Je me suis également intéressé aux rapports entre la santé et la technologie car j'ai travaillé au Conseil mondial des églises, et à l'Institut Vanier. J'ai publié certains documents se rapportant à la santé, y compris le bien-être, les centres communautaires de santé et autres aspects connexes. Dans mes fonctions au sein du Bureau du Conseil privé, j'ai eu l'occasion de préparer les premiers documents à l'intention du Cabinet qui traitaient de la promotion de la santé, dont se sont inspirés notamment, quelques années plus tard, les auteurs de notre législation fédérale en la matière.

Ces dernières années, j'ai eu l'occasion d'aller en Inde où je me suis intéressé à la notion de société en santé, aux incidences culturelles de notre mode de vie occidental sur la santé, afin de déterminer si ces questions étaient pertinentes dans le Tiers monde. Outre les principaux séminaires que j'ai donnés, j'ai participé aux séminaires de l'Institut national de la santé mentale de Bangalore, en Inde.

En 1981, je suis allé en Chine avec un groupe de médecins et de travailleurs sociaux. Pendant un mois, nous avons pu nous initier à la médecine traditionnelle, en ce qu'elle diffère de la médecine moderne et à certains autres éléments. Mon initiation à la Chine passe par la connaissance des programmes de santé qu'elle doit à Wilder Penfield, avec qui du reste j'ai travaillé une fois intensément.

Je pourrais dire d'emblée qu'à l'issue de la Commission Castonguay, qui s'est penchée sur le domaine de la santé pendant près de cinq ou six ans, fouillant tous les aspects propres et connexes, comme la structure professionnelle notamment, nous avions à la fin des années 60 ou au début des années 70 la nette impression qu'outre les grandes réalisations technologiques de la médecine, la grande structure et les notions prodigieuses que nous avions mises au point et que nous soumettions au gouvernement provincial à l'époque, à titre de recommandations, il existait juste au-dessus de l'horizon toute une autre facette de la santé, tout à fait différente du monde technologique, cette course effrénée vers le XXI<sup>e</sup> siècle à laquelle nous participions tous.

Cette facette de la santé est plutôt radicale. C'était le début de l'ère où nous nous inititions à des questions que nous comprenons beaucoup mieux aujourd'hui, nous rendant compte que nous avons érigé d'énormes structures de santé et des notions prodigieuses fondées essentiellement sur le monde de la maladie, par

[Text]

health oriented towards the development of health and the promotion of health.

The irony is the royal commission has just completed its work in Quebec, with Jean Rochon. Having come from the Harvard School of Public Health, he was among those on our research staff very highly trained. The issues his commissions had to deal with in Quebec after 20 years are largely the kind of technological and professional blind alleys we have let ourselves into, and the difficulties of how we climbed back out of them. This is a basic essential problem we have throughout our whole system.

Based on a sickness approach to health, thinking of phrases from St. Augustine's writing of 1500 years ago, such as "Oh Lord, our hearts are ever restless till they rest in Thee", I would go on to say we get a sense of the infinite want in ourselves to have our needs met, and at the same time the impossibility of doing so. Working at it through a negative, backwards point of view, again really a health basis that is a sickness basis, we have placed ourselves on an escalator endless and infinite in its capacity to perceive, define and develop programs of new needs, which become more and more specialized, more and more pointed, more and more micro, more and more obscure, and this is an endless road leading us to endless costs.

The question is if we are now on a road or on an escalator to endless costs in programming, what are the kinds of directions, redirections, we have to entertain in order to begin to deal with these issues? My first and probably primary thesis, which may sound remote to issues of funding Canada's health care system, is that the most critical issue we are facing right now is what I would call a shift in perception. By "shift in perception" I mean things such that when we talk about health, we are literally standing on our heads.

• 1005

In a sense there is a whole level of insanity in what is real, the reality that is operating, in the sense that we call our medicare program "health insurance" when we all know that it is "sickness insurance". We are funding a sickness program, not a health program. When we talk about health centres and community health centres, we are talking about community sickness centres, for the most part. When we talk of hospitals as health centres—and we have a whole variety, both in English and in French and in many other languages, of phrases of this kind we can use—we are again talking of hospital sickness centres. I would go so far—I have never done any count—as to say that probably 98 times out of 100 when we use the word "health" amongst ourselves we are really talking illness; which means we are very badly skewed, very badly disoriented, when we wish to deal with these issues.

As proof of this, federally—and these are recent data, I understand, from the Science Council of Canada—in the

[Translation]

opposition au monde de la santé qui serait fondé sur le développement et la promotion de la santé.

L'ironie veut que la Commission royale vienne de terminer son travail au Québec, avec Jean Rochon. C'est un diplômé de l'école d'hygiène publique de Harvard, et à l'époque il faisait partie de notre équipe de recherche très bien formée. Les enjeux dont sa Commission a dû s'occuper dans la province de Québec après 20 ans portent pour une grande part sur les avenues sans issue professionnelles et technologiques où nous nous sommes engagés, et les difficultés à surmonter pour nous en sortir. C'est un problème fondamental essentiel, universel dans tout le régime.

Je vais vous citer ce qu'a écrit Saint-Augustin il y a 1,500 ans: «Mon Dieu, nos coeurs n'ont de repos qu'en vous». Je dirais que nous ressentons en nous des aspirations, mais nous éprouvons en même temps l'impossibilité de les combler. Si pour y parvenir, nous adoptons une attitude négative, rétrograde, si nous enracinons les questions de santé dans la maladie, nous nous engageons dans une voie sans fin où il sera impossible de percevoir, de définir et de mettre au point les programmes dont nous avons besoin, de plus en plus spécialisés, de plus en plus orientés, de plus en plus ponctuels, de plus en plus obscurs et cette voie interminable nous entraîne vers des coûts interminables.

Si tant est que nous nous sommes engagés dans une voie où le coût des programmes est infini, quels genres d'orientations ou de réorientations faut-il se donner afin d'amorcer notre recherche de solution? Le premier axiome, et probablement le plus fondamental que j'énoncerai, vous semblera sans doute étranger à la question du financement du régime de santé au Canada. Il s'agit de la question la plus cruciale à laquelle nous sommes confrontés actuellement. C'est ce que j'appelle le renversement des attitudes. En effet, quand nous parlons de santé, nous voyons littéralement le monde à l'envers.

La réalité telle que nous la voyons est morbide, car bien que nous parlions d'un programme d'«assurance-santé», nous savons très bien qu'il s'agit d'une «assurance-maladie». Nous finançons donc un programme de maladie plutôt qu'un programme de santé. Quand on parle de centres de santé et de centres de santé communautaires, on parle de centres de maladie communautaires, la plupart du temps. Quand nous disons des hôpitaux que ce sont des centres de santé, et le lexique est abondant en expressions de ce genre, en français, en anglais, et dans bien d'autres langues, nous parlons de centres de maladie. Je n'ai jamais fait de calcul mais je dirais que dans 98 p. 100 des cas, quand on parle de «santé», entre nous, nous parlons de maladie. Ainsi, nous sommes tout à fait à côté de la plaque, très désorientés, quand il s'agit de traiter de ces questions-là.

J'en veux pour preuve des données fournies récemment par le Conseil des sciences du Canada car le



## [Texte]

field of the promotion of health versus the whole direction of illness-oriented programs, the federal ratio is \$1 to \$500; which is less than 1%.

Out of that basic thesis of a misperception flow several other things. People talk about the evolution of the health care system in a variety of ways. One I have found very helpful is to see us as going through four stages of the development of a health care system:

The first and earliest stage, of course, is straight caring. In the old days these would be the asylums and the old hospices and original hospitals, where basically all we could do was try to make people comfortable while they were ill, pray for them to get better or for the grace of a happy death, as they would say. That whole approach is still there, with much more complexity, today, when we get into the chronic care institutions in our society, whether for the aged, for AIDS patients, or for young paraplegics coming out of our motorcycle and car accidents.

The second level is perceived as cure, which essentially began a century ago. It began with the beginnings of modern surgery and sickness care, including new nursing techniques and other sub-specialties, and going on from the improved and widely expanded surgical area into areas of drug therapy, including antibiotics. Antibiotics probably represent one of the biggest breakthroughs in years in terms of actual cure and the diminution of death.

The third level, we understand, is prevention. This is the one many people really are giving tremendous support and a shove to these days. That began a century ago too, with improved water supplies, sewers, immunization, and so on and so forth.

The fourth level, of which we have become aware in the last generation, started back with, I guess, a book by Dr. Dunn, an American, in 1961 or so, on "high-level wellness". As far as I know, on this continent anyway, it was the beginning of the "wellness" field. That whole field has moved into the direction of what we now call the development or promotion of health.

• 1010

What is crucial and important to understand in those four levels of caring, curing, preventing, and promoting is that the first three have their origins in sickness and are pathologically based, including prevention. While "prevention" is a hot word and it is an in word, we have to remember it still sticks us in the sickness bag. If we want to get out of the sickness bag, we have to move into the fourth level; that is, into the promotion of health, not the reduction of illness.

This is not to say that prevention is unimportant or any of the other levels are unimportant; they are all totally

## [Traduction]

gouvernement fédéral, pour la promotion de la santé d'une part, et les programmes orientés vers la cure des maladies d'autre part, respectivement un dollar et 500 dollars. Le rapport est de moins de 1 p. 100.

De cette erreur de jugement découlent bien d'autres maux. Les gens parlent de l'évolution du régime de santé de diverses façons. Pour ma part, je trouve utile d'établir quatre paliers dans l'élaboration d'un régime de santé:

Tout d'abord, dès le début, il y a bien entendu les soins. Autrefois, il s'agissait d'asiles, d'hospices, d'hôpitaux, où essentiellement on s'employait à faciliter les choses pendant la maladie, tout en priant pour obtenir la guérison ou la grâce d'une belle mort. Cette attitude existe toujours, beaucoup plus complexe de nos jours, avec les établissements pour malades chroniques, les personnes âgées, les malades atteints du SIDA, ceux qui sont handicapés à vie par suite d'un accident de voiture ou de motocyclette.

Au deuxième palier, il y a la guérison, qui ne remonte qu'à il y a cent ans. Cela a commencé avec les débuts de la chirurgie moderne et des traitements, y compris les nouvelles techniques d'infirmerie et autres traitements connexes, et à partir des réalisations chirurgicales, nous avons progressé du côté de la pharmacothérapie, avec les antibiotiques notamment. Les antibiotiques représentent sans doute un des plus grands pas en avant grâce aux guérisons et aux victoires sur la mort qu'ils permettent d'accomplir.

Au troisième palier, il y a la prévention. C'est un aspect que bien des gens appuient avec enthousiasme. Cet aspect remonte à il y a un siècle environ également, avec l'avènement de l'eau potable, des égouts, de l'immunisation, etc.

On a pris conscience du quatrième palier au cours des vingt dernières années, notamment grâce à un livre du docteur Dunn, un Américain, publié en 1961, et qui portait sur le «bien-être de haut niveau». Si je ne m'abuse, et c'est vrai du moins pour notre continent, ce livre est à l'origine de tout le secteur du «bien-être». Désormais, on appelle tout cela le développement ou la promotion de la santé.

Ce qui est crucial, ce qu'il est important de comprendre dans ces quatre paliers, les soins, la guérison, la prévention et la promotion, c'est que les trois premiers prennent racine dans la maladie, ont un fondement pathologique, tous les trois y compris la prévention. Il est vrai que la «prévention» est un mot à la mode, mais il faut se souvenir que la prévention fraie avec la maladie. Si l'on veut s'éloigner de la maladie, il faut passer au quatrième palier. Il faut s'employer à la promotion de la santé, et non pas à la réduction de la maladie.

Cela ne signifie pas que la prévention soit sans importance, ou que les autres paliers soient négligeables.



## [Text]

important. It is just that we need to move now beyond the area of having just a nice new phrase for a nice new understanding to how we begin both pragmatically and politically to move towards a higher priority in terms of dealing with the issues of health.

One of the other things I wish to note too in passing—I do not want to spend much time on it—is that a lot of people talking of current conventional wisdom are under the impression that socialized medicine, as they call it, is a cause of our high costs. By socialized, we must remember, all we are talking about is community support. Tax money is community money. How does the community gather together, among other things, its money in order to pay for community programs? That is what taxation is. It is not just a bad thing that individualistic societies abhor. It is how the community pulls together. Families need money, and communities need money.

Having said that, the first thing you find is that in all the industrialized nations on whatever spectrum of the political ideology you choose, whether it is capitalist, socialist, mixed, agrarian, whatever you choose, the sickness orientation is everywhere. The second thing you find is that the high costs are everywhere. But in all of the modern, industrialized nations, of which there are some 38—and probably more at this point—with national health programs such as we have, whether it is federal-provincial or a nationalized program, say, in Holland or wherever, the costs of those programs are a lot less than the costs in the United States, which is the only modern nation with a free enterprise system that is left.

There are books to show the figures of where it is at. The latest figures I have been able to find—which are quite recent—is that Canadian costs are 8.5% of GNP and American costs are 12.5%. Not only that, the Americans have a very skewed system. If you are very poor or very wealthy, you can obtain the services. If you are working—not even working poor—working middle class, you have a tough time if you are really ill.

I think of some of my own recent experiences. I have had a eye lens implant in the last two years and a bad heart attack. The kind of services I have had... I have some good middle-class friends, professionals, in the United States who are still waiting to have their cataracts dealt with because they have to put \$2,000 on the table. As for mine here, it went through on terms of medicare and cost me three ice cream cones that I bought for three visitors. I paid for it in terms of taxes, but my health has been vastly improved, whereas they are still diddling; the U.S. is losing their usefulness.

We know how many middle-class families in the United States are losing their homes. It is people who

## [Translation]

Ils ont tous leur importance. Il faut toutefois que nous dépassions le seuil de cette nouvelle expression et que nous en ayons une nouvelle compréhension quant à la façon, pragmatiquement et politiquement, de lui donner une plus haute priorité en matière de santé.

Il y a autre chose que j'aimerais signaler au passage, mais je ne veux pas m'appesantir là-dessus. Beaucoup de gens disent couramment qu'ils ont l'impression que la médecine socialisée, ainsi dénommée, est à l'origine des coûts élevés. Quand on parle de médecine socialisée, il faut se rappeler que l'on parle de soutien communautaire. Les deniers publics sont l'argent de la collectivité. Comment la collectivité réunit-elle, notamment, l'argent nécessaire pour financer les programmes communautaires? Grâce à l'imposition. Ce n'est pas un mal nécessaire que les sociétés individualistes abhorrent. C'est la façon pour la collectivité de faire un effort concerté. Les familles ont besoin d'argent et les collectivités également.

Cela dit, dans tous les pays industrialisés, quelle que l'idéologie politique, qu'il s'agisse d'un régime capitaliste, socialiste, mixte, agraire, l'orientation vers la maladie est universelle. D'autre part, il en coûte cher partout. Mais dans tous les pays industrialisés modernes, il y en a environ 38, peut-être plus maintenant, quand il existe des programmes nationaux de santé, comme c'est le cas chez nous, des programmes nationalisés ou fédéraux-provinciaux, en Hollande ou ailleurs, les coûts sont bien moindres que ce qu'ils sont aux États-Unis, qui est le seul pays moderne où un régime de libre entreprise prévaut toujours.

Il y a des livres qui démontrent, chiffres à l'appui, ce qu'il en est. Les derniers chiffres que j'ai pu obtenir, et ils sont assez récents, prouvent que les coûts au Canada représentent 8,5 p. 100 du PNB alors qu'aux États-Unis, ils en représentent 12,5 p. 100. Ce n'est pas tout car les Américains ont un régime très disparate. Si vous êtes très riche ou si vous êtes très pauvre, vous pouvez vous faire soigner. Si vous travaillez, et même si vous n'êtes pas un travailleur sous le seuil de la pauvreté, si vous êtes de classe moyenne, vous serez bien en peine si vous êtes vraiment malade.

Je peux vous faire part de mes propres expériences récentes. Au cours des deux dernières années, j'ai subi une greffe de la cornée et une attaque cardiaque. Les services sur lesquels j'ai pu compter... aux États-Unis, j'ai de bons amis, de classe moyenne, des professionnels, qui doivent encore attendre le moment d'avoir les 2,000\$ nécessaires pour une opération de la cataracte. Quant à moi, je pouvais compter sur l'assurance-maladie et cela m'a coûté trois glaces que j'ai dû acheter pour trois visiteurs. Il est vrai que mes impôts ont payé pour ces soins, mais ma santé s'en est trouvée bien améliorée, tandis que mes amis sont encore empoisonnés. Aux États-Unis, la situation est en dépit du bon sens.

On sait très bien que des familles de classe moyenne aux États-Unis y perdent leurs maisons. Il s'agit de gens

[Texte]

spent decades building good, solid family lives who find themselves in their 50s and 60s going up in smoke because one member, whether it is one of their children who was in a car accident, a drug situation, or themselves with a chronic illness, is suddenly on to constant costs and is no longer affordable. We will put that one aside.

We are caught not in a socialized medicine kind of a trap. We are caught in a misperception trap, as I keep noting.

• 1015

By the way, what I am saying is also true of the U.K. For all of what Mrs. Thatcher is saying, U.K. costs are way below American costs, too. Keep that in mind.

Now, what we are going through in terms of re-perceiving health—from sickness to health—is part of a re-perception of what we are going through in all facets of our society right now. We are going into a post-industrial era, or whatever words you want to use for that, and it applies to the world of work with robotics, the world of social services, even the world of religion, as we move into a whole new paradigm, whether it is ecumenism or whatever.

What the paradigm shift faces us with, again for a parallel, is in the field of mathematics. We were all highly trained in the mathematics of Euclid. We can deal with flat surfaces, table tops, and building walls—most of our society still uses Euclid. But if you are going to be in the high tech or modern era, and you want to fly an airplane from one continent to another or put a space vehicle up, you have to move to Riemannian math, dealing with curves and the great wheel. Beyond Riemann, on to Einstein and all the fields he opened up.

In dealing with many of our issues of policy, whether they concern work or education, social services or health, we are still trying to use Euclid. You can talk Euclid until you are blue in the face to explain the rules of air flight and it will work, but you cannot use it to talk about space flight. No amount of talking about air flight will give you the theoretical basis for talking about space flight, and we are into the same thing. We have to make these kind of shifts, be prepared to work out of new rubrics, the new frameworks, in order to begin to approach solutions to the problems.

For instance, in 1975—and this is an aside, but an important one in terms of health, too—in Canada, Britain, the U.S., to create a new job in all industries,

[Traduction]

qui ont consacré des dizaines d'années à l'édification d'une vie familiale agréable et bien établie et qui découvrent quand ils ont 50 ans ou 60 ans qu'ils risquent de perdre tout cela parce qu'un de leurs membres, un enfant accidenté, drogué, par exemple, ou eux-mêmes sont atteints d'une maladie chronique, et cela signifie des frais constants et exorbitants. Mais laissons cela de côté.

Ce n'est pas la médecine socialisée qui nous guette mais une erreur de jugement, comme je peux le constater sans cesse.

En passant, cela est vrai également dans le cas de la Grande-Bretagne. Malgré tout ce que M<sup>me</sup> Thatcher dit, les coûts en Grande-Bretagne sont beaucoup moins élevés qu'aux États-Unis. N'oubliez pas cela.

Cette nouvelle perception de la santé que nous connaissons actuellement—c'est-à-dire le fait de parler de la santé plutôt que de la maladie—fait partie d'un phénomène que l'on constate actuellement dans toutes les facettes de notre société. Nous entrons dans une ère post-industrielle, et cela s'applique au monde du travail avec la robotique, au monde des services sociaux, et même au monde de la religion à mesure que nous passons à un tout nouveau paradigme, qu'il s'agisse de l'oecuménisme ou d'autre chose.

Le domaine des mathématiques est un bon exemple de ce nouveau paradigme. On nous a tous enseigné les mathématiques d'Euclide. Nous comprenons tous le principe de la surface plane, de la construction des murs, des dessus de table—la plupart des gens dans notre société utilisent encore les mathématiques d'Euclide. Mais dans notre ère moderne de haute technologie, si l'on veut faire voler un avion d'un continent à un autre ou lancer un véhicule spatial, il faut passer aux mathématiques riemanniennes, aux courbes et à la grande roue, et au-delà de Reimann, on passe à Einstein et à toutes les possibilités qu'il a ouvertes.

Lorsque nous traitons des nombreuses questions de politique, qu'il s'agisse du travail ou de l'enseignement, des services sociaux ou de la santé, nous essayons encore d'utiliser les mathématiques d'Euclide. On peut utiliser les mathématiques d'Euclide pour expliquer les principes de la navigation aérienne et ça marche, mais ces mathématiques ne s'appliquent pas à la navigation spatiale. Ce n'est pas en parlant des principes de la navigation aérienne que l'on obtiendra la base théorique pour parler de la navigation spatiale, et c'est la même chose dans le cas qui nous intéresse. Nous devons faire ce genre de changements, nous devons être prêts à travailler à partir de nouveaux principes pour commencer à trouver de nouvelles solutions aux problèmes.

Par exemple, en 1975—je m'éloigne un peu du sujet, mais c'est un exemple important pour ce qui est de la santé—au Canada, en Grande-Bretagne et aux États-Unis,



## [Text]

except the petrochemical industries, the average capital cost was \$14,000 to \$15,000 per job.

**Mr. Heap:** When was this?

**Mr. Dyson:** In 1975, not even 15 years ago. For instance, the latest project in which there is federal-provincial money is the Goodyear tire plant. The creation of that plant is \$320,000 per job, of which the province of Ontario alone is putting in \$40,000 per job. The cost per job in that new car production plan in Oshawa is \$1.2 million. What we are seeing is the impossibility of creating enough jobs in a robotic world to solve the jobless problem. New approaches are required. The same is true in the health field.

Right now, we are living with a number of time bombs; for instance, aging. We are going to be faced not only with the problem of how we will pay for it but also with the problem of how we will conduct a new balance of resource allocation. While we could hold a whole session on this, I would suggest a book like Daniel Callahan's *Setting Limits*. It is very new. He is from the Hastings Institute. He really gets into the policy, moral, and ethical issues that we are now facing in terms of what services we can afford to provide, how we might approach cut-offs, many other such things. . . We are all scared of moving to a world pioneered by the Nazis of the *untermensch*; those who were less than number one class citizens; those who were less worthwhile for living. We want to avoid those sorts of things, yet they are coming upon us. We are facing new problems of triage here, not only for doctors, but politically. It is not just matters of research.

• 1020

The second time bomb we have on our hands is addiction. We have to ask ourselves why our society is so full of stress we have to bomb ourselves out. That question is being put to President Reagan. It is fine to cut off drugs, but the real issue is why there is a market. We are into stress as a way of life, lifestyle issues, health-style issues.

The third time bomb is AIDS. If we go to a bubonic plague level, as the U.S. Surgeon General suggests, no way is our health system going to carry that. The only way it will be carried will be by ourselves as people, members of families, members of neighbourhoods, members of communities. We get into the issue of self-help in a gigantic way, just around AIDS.

## [Translation]

pour créer un nouvel emploi dans toutes les industries, sauf dans le secteur pétrochimique, le coût moyen en capital était de 14,000\$ à 15,000\$ par emploi.

**M. Heap:** C'était en quelle année?

**M. Dyson:** En 1975, il y a à peine 15 ans. Par exemple, le projet le plus récent dans lequel les gouvernements provincial et fédéral ont injecté des fonds est l'usine de pneus de Goodyear. La création de cette usine coûte 320,000\$ par emploi et la province de l'Ontario à elle seule y injecte 40,000\$ par emploi. La nouvelle usine d'automobiles à Oshawa coûte 1,2 million de dollars par emploi. Nous constatons qu'il est impossible de créer suffisamment d'emplois dans un monde de robotique pour résoudre le problème du chômage. Il faut trouver de nouvelles solutions. C'est la même chose dans le domaine de la santé.

Actuellement, nous vivons avec un certain nombre de bombes à retardement; par exemple, le vieillissement. Non seulement devons-nous trouver un moyen de financer nos programmes, mais nous devons également trouver un nouvel équilibre de la répartition des ressources. Nous pourrions discuter de ce problème pendant toute une séance, mais je vous recommande le livre *Setting Limits* de Daniel Callahan, du Hastings Institute. Il aborde les questions de politique, de morale et d'éthique auxquelles nous devons actuellement faire face pour ce qui est des services que nous avons les moyens d'offrir, la façon dont nous pourrions envisager des coupures, et bon nombre d'autres sujets. . . Nous avons tous peur de nous retrouver dans le monde de l'*untermensch* comme celui qu'avaient développé les Nazis, un monde de citoyens de classe inférieure, de citoyens dont la vie ne méritait pas d'être vécue. Nous voulons éviter ce genre de problèmes, mais ils se posent tout de même. Nous sommes confrontés à de nouveaux problèmes de triage, non seulement pour les médecins, mais sur le plan politique également. Ce n'est pas seulement une question de recherche.

La deuxième bombe à retardement qui nous guette est celle de la toxicomanie. Nous devons nous demander pourquoi il y a tant de stress dans notre société que nous devons nous détruire. C'est la question qui se pose au président Reagan. C'est très bien de couper les drogues et les médicaments, mais le vrai problème consiste à déterminer pourquoi il y a un marché. Le stress fait partie de notre vie, de notre style de vie.

La troisième bombe à retardement est le SIDA. Si ce problème atteint l'ampleur de la peste bubonique, comme le chirurgien en chef des États-Unis le laisse supposer, notre régime de santé ne pourra absolument pas le supporter. Ce sont les gens, les membres de la famille, les membres des collectivités qui devront s'en occuper. Le problème du SIDA n'est qu'un exemple de la façon dont nous devons dorénavant compter sur les efforts personnels pour régler les problèmes.



[Texte]

We get into the area of no work, the decreasing number of jobs and the alienation and health problems that flow from that. We get into distribution of incomes. Our mechanism has been a wage-market economy. It is not the economy now unfolding and the economy to be. Not only do we need new modes of work, we need new modes of income distribution. Canada is not poor, with all the economic problems we have. Our pool of wealth is still huge. The question is how we will distribute it, beyond wage.

The sixth point—and there are others—is the chemicalized environment. The last I heard, there were 60,000 chemical compounds floating in our environment, with more being produced constantly. In this morning's news we have Windsor—or is it Sarnia?—where they have had to cut off the water supply because of a new leakage. We can think of Bhopal.

I would like to switch now to some answers, firstly the person, the self as a health agent with the professional as guide. Health lies essentially in the person and his family, his neighbourhood. We need to think about how that can be approached. We need to think about what health is. Ray Jackson has done a very good piece of work for the Science Council of Canada, *Issues in Preventive Health Care*. You get into issues like good diet, sleep, elimination, physical exercise, emotional life, mental health, spiritual life—not necessarily religion—meanings, purposes in life.

I think of my own experience with my severe heart attack. A lot of theory came home to me. I learned how much a heart condition is a mental as well as physical health issue. I am way ahead of where the doctors thought I would be, because of what I have been able to do with my head.

• 1025

I am one of those who has had access to the promotion of a health way of thinking and people and groups, and I have used them. It has been of immense help, apart from what it has saved the medicare system in costs. It has been just fabulous for my own life. I am here talking to you this morning. A year ago, they wrote me off. . . so there are things like that.

**The Chairman:** Mr. Dyson, I just want to remind you we have only five more minutes. Your material is good and we want to hear it, but. . .

**Mr. Dyson:** I will just give you a list of some answers. One is I think we have to look at the whole issue of piece-

[Traduction]

Il y a ensuite le problème du chômage, du nombre d'emplois qui diminue sans cesse et des problèmes d'aliénation et de santé qui en découlent. Il y a le problème de la répartition du revenu. Notre mécanisme de répartition du revenu est en fonction d'une économie fondée sur le marché des salaires. Ce n'est pas l'économie qui se développe actuellement et l'économie de l'avenir. Non seulement nous faut-il trouver de nouveaux modes de travail, mais également de nouveaux modes de répartition du revenu. Le Canada n'est pas pauvre, malgré tous les problèmes économiques que nous avons. Nous sommes extrêmement riches. Il s'agit de trouver une façon de répartir cette richesse, autrement que par les salaires.

Le sixième point—et il y en a d'autres—est l'environnement pollué par les produits chimiques. Selon les plus récentes estimations, il y aurait 60,000 produits chimiques qui se déplacent dans notre environnement, et on en produit d'autres constamment. Aux nouvelles, ce matin, on disait qu'à Windsor—ou s'agissait-il de Sarnia?—on avait dû couper l'eau en raison d'une nouvelle fuite. On peut penser à Bhopal.

J'aimerais maintenant passer à certaines réponses. Parlons d'abord de la personne, de l'ego en tant qu'agent de santé qui se laisse guider par le professionnel. La santé dépend essentiellement de la personne et de sa famille, de son voisinage. Nous devons trouver une façon d'envisager les choses sous cet angle. Nous devons réfléchir à ce qu'est la santé. Ray Jackson a rédigé un excellent document pour le Conseil des sciences du Canada intitulé *Issues in Preventive Health Care*. Il y aborde des questions comme une bonne alimentation, le sommeil, l'élimination, l'exercice physique, la vie émotionnelle, la santé mentale, la vie spirituelle—pas nécessairement la religion—mais le sens, le but de la vie.

Je pense à ma propre expérience d'une crise cardiaque grave. Cela m'a appris beaucoup de choses. J'ai appris jusqu'à quel point un problème cardiaque était une question de santé mentale autant que de santé physique. Mon état de santé est bien meilleur que ce que les médecins avaient prévu, en raison de mon attitude face à mon problème.

J'ai eu la chance de connaître des gens et des groupes qui préconisaient les principes de la promotion de la santé, et j'ai appliqué ces principes. Cela m'a été extrêmement utile, sans parler des économies que cela a permis de réaliser au Régime d'assurance-santé. Cela a été tout simplement une réussite sensationnelle dans mon cas. Je suis ici pour vous parler ce matin. Il y a un an, on me croyait perdu. . . c'est aussi simple que cela.

**Le président:** Monsieur Dyson, permettez-moi de vous rappeler qu'il ne vous reste que cinq minutes. Ce que vous dites est très intéressant et nous voulons l'entendre, mais. . .

**M. Dyson:** Je veux tout simplement vous donner une liste de réponses. Une solution que nous devons à mon

[Text]

work payment and move to salaries. I would like to remind you that salaries in the medical field began essentially under free enterprise insurance companies, not again socialized.

We have to think of de-hospitalization and new *per diem* formulas that encourage hospitals to move patients out. I think we need to think of a reduction of medical practitioners—our supply is beyond being adequate—and probably a reduction of medical schools; a dispersal of medical authority to break the monopoly; shifts in medical training and other health care training from sickness orientation to more health; development of community health centres, with which there has been a lot of difficulty; and of course the development of health promotion, self-health groups, sickness prevention.

The natives of Canada—and this will be my last point—have taught us something important and that is, no more inputs on health, social services and the rest are going to help them without massive inputs on infrastructure for living. That is nothing more than the leading edge for all of us, including us whites or us people in the industrial south, however you want to put it.

I personally approve Mr. Crombie... and negotiated with Treaty 3 group just recently in terms of new social services. I designed the Canada Assistance Plan years ago. The challenge here was, how do you develop a new set of modern social services that are based on non-professionals, on community, on family, on people serving themselves—not only to save money but to provide people with integration and input, integrity and growth?

The issues we dealt with in that project are the same for us, too, in our urban societies and they are the same in the health field. They are parallel completely. New approaches, new ways essentially based in community and orientations towards health. Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Dyson. I think you have time for one question. Mr. Heap is first here today.

**Mr. Heap:** I have a very brief one, Mr. Chairman. We have also a brief here by the Human Ecology Foundation of Canada. I do not know whether Mr. Dyson is familiar with it. They make 10 or 8 recommendations at the end of it on page 22. I would imagine that Mr. Dyson would be in favour of all of them, but I am just wondering if this is the case.

**Mr. Dyson:** I have not read them.

**Mr. Heap:** You have not read them. Okay. Thank you, Mr. Chairman.

[Translation]

avis envisager est toute la question de la rémunération à la pièce par rapport aux salaires. J'aimerais vous rappeler que dans le domaine médical les salaires ont vu le jour essentiellement grâce à la libre entreprise des compagnies d'assurance, il ne s'agissait pas d'une mesure sociale.

Nous devons penser à la déshospitalisation et trouver de nouvelles formules *per diem* pour encourager les hôpitaux à faire sortir les patients. Je pense que nous devons envisager une réduction du nombre de praticiens—nous en avons beaucoup trop—et sans doute une réduction du nombre des écoles de médecine; une dispersion de l'autorité médicale pour briser le monopole; une formation médicale et une formation dans les autres soins de la santé qui soit orientée vers la santé plutôt que vers la maladie; le développement de centres de santé communautaires, avec lesquels nous avons eu beaucoup de problèmes; et évidemment le développement de la promotion de la santé, de groupes d'auto-santé, de la prévention de la maladie.

En conclusion, les autochtones du Canada nous ont appris quelque chose d'important, c'est-à-dire que de meilleurs soins de la santé, de meilleurs services sociaux et le reste ne les aideront pas si on n'améliore pas en même temps de façon importante l'infrastructure dans laquelle ils vivent. Cela est certainement vrai pour nous tous, y compris nous, les Blancs, nous les gens du Sud industriel.

Personnellement, j'approuve M. Crombie... et j'ai négocié avec le groupe du Traité numéro 3 récemment pour ce qui est de nouveaux services sociaux. J'ai élaboré le Régime d'assistance publique du Canada il y a des années. Il s'agissait de déterminer comment développer toute une nouvelle série de services sociaux modernes qui sont basés sur les non-professionnels, sur la collectivité, la famille, sur les gens à leur propre service—non seulement pour épargner de l'argent, mais pour permettre ainsi aux gens de s'intégrer, de participer et de se développer.

Les problèmes auxquels nous avons dû faire face dans le cadre de ce projet sont les mêmes que nous connaissons aujourd'hui dans nos sociétés urbaines, et ils sont les mêmes que ceux que nous connaissons dans le domaine de la santé. Ils sont tout à fait parallèles. Il s'agit de trouver de nouvelles solutions élaborées essentiellement en fonction de la collectivité et axées sur la santé. Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Dyson. Je pense que nous avons le temps de poser une question. M. Heap est arrivé le premier aujourd'hui.

**M. Heap:** J'ai une question très courte, monsieur le président. Nous avons également ici un mémoire de la Fondation canadienne pour l'écologie humaine. Je ne sais pas si M. Dyson en a pris connaissance. Ils font 10 ou 8 recommandations à la fin à la page 22. J'imagine que M. Dyson appuie toutes ces recommandations, mais je me demandais si c'était bien le cas.

**M. Dyson:** Je ne les ai pas lues.

**M. Heap:** Vous ne les avez pas lues. Très bien. Je vous remercie, monsieur le président.



[Texte]

**Ms Copps:** You have touched on so many points, but I would like to start at point no. 10 in reverse.

When you are talking about massive inputs in infrastructure in health promotion, community-based health, it seems to run counter. Just the statement itself runs a bit counter to de-hospitalization and some of your other. . . so I wonder if you could elaborate a bit on what types of infrastructures you are talking about.

When you spoke about the native community, I was thinking you were talking about housing, sewers and that kind of infrastructure.

**Mr. Dyson:** I am, but I am also talking about new approaches to education adapted to your environment, new kinds of health services, new kinds of social services, new kinds of environmental approaches, certainly new roads to the whole area of work and the development of work which may need to move us away from an absolute reliance on profit motives or profit levels. It is in that sense that. . .

You see, one of the dilemmas we face is I talked of the industrialization of sickness. At some point, if we are lucky, 50 years down the road we will be talking about how we de-industrialized promotion of health; that is one of the dilemmas that is in there. The problem we have right now is we are in a very bad state of balance. We are in a terrible disequilibrium, and constantly looking for solutions inside the disequilibrium, the overweighted area, will lead to no solutions in the other.

• 1030

To wind this up, massive changes are required in the health care system, say with Indians, or all of us, along with dealing with the very heavy shifts going on in our own evolving way of life, like robotics and work, and what that means for education for our children. We cannot deal with the whole thing in this committee, but all of these are related issues dealing with an impact on health.

**Ms Copps:** All of these challenges you have put our way are very stressful.

**The Chairman:** I think we have to draw this to a conclusion. I note that Mr. Dyson lives in Ottawa, so any of us may get back to him again with further questions, observations, or discussions.

On behalf of the committee, I want to thank you for coming. I am sorry our time is short. We do have another witness to hear between now and 11 a.m. Thank you for your interesting observations and your look into the future, which is obviously what we should be doing as a standing committee. Thank you, Mr. Dyson.

[Traduction]

**Mme Copps:** Vous avez abordé tellement de questions, mais j'aimerais commencer par la dernière.

Lorsque vous parlez d'une amélioration massive de l'infrastructure pour promouvoir la santé, la santé axée sur la collectivité, il semble y avoir contradiction. Cela semble aller un peu à l'encontre de la déshospitalisation et de certaines autres de vos recommandations. . . Pourriez-vous nous expliquer davantage de quels genres d'infrastructures vous parlez?

Lorsque vous parlez de la communauté autochtone, je croyais que vous parliez de logements, d'égouts et de ce genre d'infrastructure.

**M. Dyson:** Oui, mais je parle également de nouvelles façons d'aborder l'enseignement qui soient adaptées à notre environnement, de nouveaux types de services de santé, de services sociaux, de solutions environnementales, de nouvelles façons d'envisager tout le domaine du travail et du développement du travail qui feraient en sorte que nous ne devrions pas compter uniquement sur le profit ou les niveaux de profits. C'est dans ce sens que. . .

Voyez-vous, nous faisons face à un dilemme, celui de l'industrialisation de la maladie. A un moment donné, avec un peu de chance, dans 50 ans nous parlerons de la façon dont nous avons désindustrialisé la promotion de la santé; voilà un des dilemmes qui se posent. Le problème que nous avons actuellement est celui d'un déséquilibre terrible, et nous cherchons constamment à trouver des solutions au sein de ce déséquilibre, du côté qui pèse trop lourd dans la balance, et cela n'apportera aucune solution de l'autre côté.

Pour conclure, il est nécessaire d'apporter des changements massifs au régime de soins de santé, disons pour les Indiens ou pour nous tous, tout en faisant face aux changements très importants que nous connaissons actuellement dans notre mode de vie, comme la robotique et le travail, et ce que cela signifie sur le plan de l'éducation de nos enfants. Votre Comité ne peut pas régler tous ces problèmes, mais toutes ces grandes questions ont des conséquences sur la santé.

**Mme Copps:** Tous ces défis que vous nous avez lancés sont très stressants.

**Le président:** Je pense que nous devons nous arrêter ici. Je vous fais remarquer que M. Dyson habite à Ottawa de sorte que si l'un d'entre nous veut lui poser d'autres questions ou poursuivre cette discussion, nous pourrions lui demander de revenir.

Au nom du Comité, je vous remercie. Je suis désolé que nous ayons si peu de temps à vous consacrer. Nous avons un autre témoin à entendre avant 11 heures. Je vous remercie de vos commentaires intéressants et du regard que vous jetez sur l'avenir, ce qui est évidemment ce que nous devrions faire en tant que Comité permanent. Je vous remercie, monsieur Dyson.



[Text]

**Mr. Dyson:** Thank you very much. I would be glad to hear from anyone.

**The Chairman:** The Chair now requests Mr. Chris Brown to come to the table, please. Mr. Brown, I welcome you to this meeting of the Standing Committee on National Health and Welfare. We appreciate your interest in the work of the committee. We know you have some very strong concerns, and most of us have heard from you directly or indirectly by way of written communication. We are pleased to have you with us here in person.

As you perhaps heard me mention earlier, we were late in getting started, so we are having to cut our time down to about half an hour for each of the two witnesses. We have had a chance to look at your brief. If you wish to go through it quickly, that might be helpful, or you might want to entertain questions.

**Mr. Chris Brown (Individual Presentation):** Mr. Chairman, I have a few remarks which are in effect a synopsis of the brief, and I could get through them quickly.

**The Chairman:** That would be excellent. We would appreciate that.

**Mr. Brown:** Of course, first, I would like to express my deep appreciation for the opportunity to speak to people on the committee, and also my great appreciation for all the many people who have brought this issue this far—a lot of people in the Ontario government, people who have the condition, people in the medical community, people in politics and in other institutions.

I think it is important that you have the brief Mr. Heap mentioned from the Human Ecology Foundation. It is very important to bring in democratically elected representatives, if you will, leaders of the non-profit charitable groups and so on, and hear from them on the issue I want to address today, but also on the more general concerns around environmental sensitivity and the emergence of Canadians being disabled by pollution.

In my own personal experience, I have been on the national board of two charitable organizations which are concerned about this condition. I am not associated with either of these organizations in coming here today. I have some experience in community development and journalism, but I have no real special knowledge in medicine or health other than following this issue and having this condition.

Getting to the brief, I hope you do not judge the book by the cover; it says May 28, and there are a few slips and slides from the word processor.

[Translation]

**M. Dyson:** Merci beaucoup. Je serais heureux d'avoir de vos nouvelles.

**Le président:** J'aimerais maintenant demander à M. Chris Brown de s'approcher. Bonjour, monsieur Brown, et bienvenue à cette séance du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez au travail du Comité. Nous savons que vous avez de très graves préoccupations, et vous avez déjà communiqué avec la plupart d'entre nous par écrit directement ou indirectement. Nous sommes heureux de vous accueillir aujourd'hui.

Comme je l'ai déjà dit plus tôt, notre séance a débuté plutôt tardivement de sorte qu'il ne nous reste plus qu'une demie-heure à consacrer à chacun de nos deux témoins. Nous avons eu l'occasion de prendre connaissance de votre mémoire. Si vous voulez nous en parler brièvement, cela serait peut-être utile, sinon nous pourrions peut-être passer tout de suite aux questions.

**M. Chris Brown (à titre personnel):** Monsieur le président, j'aimerais vous faire part rapidement de quelques commentaires qui sont en fait un résumé du mémoire.

**Le président:** Très bien. Allez-y.

**M. Brown:** Évidemment, j'aimerais d'abord vous remercier de cette occasion qui m'est donnée de venir parler aux membres du Comité. J'aimerais également remercier les nombreuses personnes qui ont permis à ce dossier de progresser—de nombreuses personnes du gouvernement de l'Ontario, des gens qui ont ce problème, des gens de la communauté médicale, des politiciens et d'autres personnes.

Je pense qu'il est important que vous ayez le mémoire de la Fondation canadienne pour l'écologie humaine dont M. Heap a parlé. Il est très important de faire venir des représentants élus de façon démocratique, des chefs d'organismes de charité à but non lucratif, etc., afin de connaître leur point de vue sur le problème dont je veux vous parler aujourd'hui, mais également sur les problèmes plus généraux qui entourent la sensibilité à l'environnement et le fait que les Canadiens souffrent de plus en plus de maux causés par la pollution.

Pour ce qui est de mon expérience personnelle, j'ai fait partie du conseil national de deux organismes de charité qui se préoccupent de ce problème. Je ne suis pas ici aujourd'hui pour représenter ces organismes. J'ai une certaine expérience dans le développement communautaire et le journalisme, mais je n'ai aucune connaissance spéciale dans le domaine de la médecine ou de la santé, si ce n'est le fait d'avoir suivi le dossier de près et d'avoir moi-même ce problème.

Pour ce qui est du mémoire, j'espère que vous ne le jugerez pas d'après la couverture; il est daté du 28 mai et il y a également quelques erreurs attribuables à la machine de traitement de texte.

[Texte]

**Mr. McCrossan:** You are ahead of your time, Mr. Brown.

**Mr. Brown:** Thank you. On page 16, there is one line that I would like to add. I think you can negotiate your way around the other slips and slides, but at the bottom of page 16 there is one line missing. The additional line at the bottom of the page should read, "lymphocytes have been recorded".

**The Chairman:** Where does this start? After "Although abnormalities of complement"?

**Mr. Brown:** At the bottom of the page it says, "Although abnormalities of complement", and it should continue, "and lymphocytes have been recorded, no single laboratory test". I am correcting that because obviously that is an extremely critical part of the definition. There is no one test that can be used to test whether a person has this disability. That is very critical, because—

• 1035

**Mr. Heap:** Excuse me. It goes on from there to say "including serum IGE, is consistently altered".

**Mr. Brown:** That is correct—no test, including that one.

That is very important, because most of our problems have come from confusion.

If I can briefly go over the history of the emergence of this problem, at one point doctors started referring people who were reacting to chemicals to allergists, I guess just because it would seem that an allergist would deal with that sort of thing. Some of the allergists classified those reactions as allergy, but allergy involves a reaction to a protein, not some other kind of chemical. The traditional allergists in the field were very quick to point this out, and some of them pointed it out quite loudly.

The reaction to that was to say that if it is not allergy, maybe it is some immune system problem. What happened over the next few years—and this diagnosis has been given out for about 25 years in Ontario now—is that one element at a time, people who were in the patient group discovered that there was not one problem, that it was not just an immune system problem, it also involved toxin management in the body, I gather through the endocrine system, and a virus has been associated with some of the people who have this disability. An amoeba has been associated with some people. Mercury in fillings has been associated as a problem with some people. Some people have experienced an improvement when the mercury in their fillings was removed. So it is very important to realize that there are a lot of different things going on with us, and in each person, any one, or a group, of a number of things could be important to manage.

[Traduction]

**M. McCrossan:** Vous avez de l'avance, monsieur Brown.

**M. Brown:** Merci. À la page 16, j'aimerais ajouter une ligne. Je pense que vous pouvez toujours vous en tirer malgré les autres petites erreurs, mais il y a une ligne qui manque au bas de la page 16. Il faudrait ajouter ce qui suit: «lymphocytes have been recorded».

**Le président:** Où est-ce que cela commence? Après «Although abnormalities of complement»?

**M. Brown:** Il faudrait ajouter ce qui suit au bas de la page, après «Although abnormalities of complement», «and lymphocytes have been recorded, no single laboratory test». Je tiens à corriger cette erreur parce qu'il s'agit d'une partie très importante de la définition. Il n'existe aucun test pour vérifier si une personne souffre d'une telle incapacité. C'est très critique, parce que. . .

**M. Heap:** Pardon, mais vous poursuivez en disant «including serum IGE, is consistently altered».

**M. Brown:** C'est exact—il n'y a aucun test qui le montre, y compris celui-là.

C'est très important, parce que la plupart des problèmes émanent de la confusion qui en découle.

Laissez-moi vous expliquer rapidement comment le problème a surgi: un moment donné, les docteurs ont commencé à renvoyer leurs patients qui réagissaient aux produits chimiques à des allergologues, tout simplement parce qu'ils avaient l'impression que ceux-ci pourraient s'en occuper mieux, je suppose. Certains de ces spécialistes en allergies ont classé les réactions comme des allergies, mais une allergie, c'est une réaction à une protéine, et non pas à un autre type de produit chimique. C'est d'ailleurs ce qu'ont souligné les allergologues traditionnels, parfois avec beaucoup de véhémence.

On a donc pensé que s'il ne s'agissait pas d'une allergie, c'était peut-être un problème du système immunitaire. Au cours des années qui ont suivi—cela fait environ 25 ans que l'on pose ce diagnostic en Ontario—les patients ont découvert un élément à la fois, qu'il ne s'agissait pas d'un problème unique, c'est-à-dire un problème du système immunitaire, mais qu'il s'agissait aussi d'un problème de gestion des toxines dans le corps, par l'entremise du système endocrinien, je suppose, et que certains des patients qui souffraient de cette incapacité avaient été en contact avec un virus. Dans certains cas, c'était un problème d'amibe. Dans d'autres cas, on a lié le problème au mercure contenu dans les plombages. En effet, certains de ceux à qui on avait enlevé le mercure dans les plombages ont vu leur état s'améliorer. Il est donc important de comprendre qu'il y a beaucoup d'éléments en jeu, et que pour chaque personne affectée, cela peut vouloir dire toute une série d'éléments et de conditions à réunir.



## [Text]

As I said, I do not have any real medical experience. There is a brief here from the Canadian Society for Clinical Ecology and Environmental Medicine, which I believe has already been sent to you. It is a position paper of 1988, which I will leave with you so you can look at some of the medical concerns.

In Ontario a review committee, chaired by George Thomson, a provincial court judge, was set up. There have been a number of actions towards developing policy in a number of provincial departments. In fact, since these reports have been done, and since the medical community has seemed to arrive at a loose consensus that there is not one thing going on, that there is not one theory that should be debated back and forth, but a lot of different things going on and a lot of different specialties are important, and once people started talking to each other again, which I guess is what really happened, the issue has started moving forward.

Some of the progress we have experienced is Mr. Epp has expressed his sympathy several times and his concern. He has expressed this several times to other Cabinet ministers and to myself, in letters and through other forms of communication. Several Cabinet ministers have initiated various things in different departments. Stewart McInnes made money available through CMHC—the RRAP program—for the renovation of houses. Mr. McMillan and Mr. Crombie sponsored a conference about a year ago for people affected. Jim Bradley, the Ontario environment minister, came and spoke and said that the environmentally sensitive are the first to feel the effects of low levels of pollution in society. Mr. Peterson and two consecutive health ministers in Ontario have expressed sympathy and support.

The problem is that through all this, and this is the concern of the brief, comments were made which can be considered legitimate and responsible medical debate, and other comments were made which might not be considered, maybe with hindsight, as being as caring and as responsible as some other comments. To put it simply, several people in Health and Welfare said, several times, for a period of several years, that people were not being disabled by low levels of pollution, that they were imagining the problem, and that the symptoms they were experiencing, if in fact there were symptoms, were psychosomatic. Now, that remark, or comment, was given to people when they first complained about UFFI homes. It was given out when people first complained about office-building sickness. It was given out when people first complained about office building sickness. You will note the quote on the title page of the brief. It was said in *Pincher Creek*. I think the comment was made about VDTs and a number of other situations where people have associated symptoms they were experiencing with an environmental agent. Our discovery of our reactions is quite similar to your experience of going into a recently

## [Translation]

Je répète que je n'ai aucun antécédent médical comme tel. Je pense que vous avez déjà reçu le mémoire que j'ai ici en main de la Société canadienne de l'écologie clinique et de la médecine environnementale. Il s'agit d'un document de 1988 dont je vous laisse copie, pour que vous puissiez y lire les énoncés médicaux.

L'Ontario a mis sur pied un comité d'examen présidé par un juge de la Cour provinciale, Georges Thompson, afin d'adopter un certain nombre de mesures visant ultimement à l'élaboration d'une politique devant s'appliquer dans les ministères provinciaux. En fait, depuis la parution des rapports, et depuis que la gent médicale semble avoir conclu à un phénomène mettant en cause divers éléments et qu'elle semble avoir accepté qu'il y a plusieurs théories en cours, et qu'elles font appel à diverses spécialités, les choses ont commencé à avancer. D'ailleurs, les différents spécialistes ont justement commencé à se parler.

Nous avons eu un certain succès, puisque M. Epp nous a fait part de sa sympathie et de son intérêt à plusieurs reprises. Il l'a d'ailleurs dit aux autres ministres du Cabinet et à moi-même, par lettres et par d'autres moyens de communication. Plusieurs autres ministres du Cabinet ont adopté des mesures dans leurs ministères respectifs. Stewart McInnes a développé des fonds par l'entremise de la SCHL—c'est-à-dire par l'entremise du programme PAREL—destinés à la rénovation de maisons. M. McMillan et M. Crombie ont parrainé une conférence, il y a environ un an, destinée aux Canadiens touchés par ce phénomène. Jim Bradley, le ministre ontarien de l'Environnement, y avait d'ailleurs pris la parole et expliquait que ceux qui étaient sensibles à l'environnement étaient les premiers à ressentir physiquement la baisse des niveaux de pollution dans la société. M. Peterson et deux autres ministres de la Santé de l'Ontario nous ont fait connaître leur appui.

Mais il y a une difficulté dans tout cela, comme le dit le mémoire: d'une part, on a dit des choses qui peuvent être considérées comme légitimes et qui peuvent être considérées comme des arguments médicaux valables, mais d'autre part, on a fait valoir d'autres arguments qui, en rétrospective, ne sont pas aussi pesés et réfléchis qu'ils auraient pu l'être. Autrement dit, pendant de nombreuses années, plusieurs représentants du ministère de la Santé et du Bien-être ont répété à qui voulait les entendre qu'il était impossible d'être victime d'une incapacité attribuable à de faibles niveaux de pollution, et que ceux qui prétendaient l'être ne faisaient qu'imaginer le problème, puisque leurs symptômes étaient en fait psychosomatiques. Or, c'est justement ce que l'on a dit aux premiers qui se sont plaints des maisons isolées à la MIUF. C'est aussi ce qu'on a répliqué à ceux qui se sont plaints au début du syndrome des édifices. Vous lirez la citation qui se trouve sur la page couverture du mémoire. C'est ce qu'on a dit à *Pincher Creek*. C'est ce qu'on a dit au sujet des terminaux à écran de visualisation et dans d'autres cas où des utilisateurs avaient associé leurs symptômes à un agent environnemental. Ce que nous



[Texte]

painted house, feeling dizzy and leaving. It is that obvious to us.

• 1040

The comments were given to public servants, to unions, to other ministers' offices, to health and safety committees, in public meetings and in interviews on national television. Even the results of health studies done by the department after Mr. Epp repeatedly said he was sympathetic came up with this same verdict, including *Pincher Creek*.

People lost their families. When you say somebody is imagining something as serious as this it tends to detract from the person's general credibility. If your spouse were concerned and sought advice from the Department of Health and Welfare, was truly concerned and truly wanted to help you, he or she would be working against your interest if you had this illness and if they had been advised that you needed counselling or less stress. Stress is important in any illness of course.

People did not get reasonable accommodation in the workplace. I have been told by a committee of the local human ecology foundation that they have heard that public servants are leaving the Public Service by about one a month because they are unable to get reasonable accommodation. In my experience in phoning around in the Public Service, people think that the Department of Health and Welfare still thinks this is a crock and are not dealing with it.

According to doctors, some people died from the effects of this illness and others committed suicide, some of them after complaining quite a bit about things that have been said by the Department of Health and Welfare.

It seems apparent to everybody now that there are a variety of different ecological influences that affect some people more than others. We do not know a lot about an appropriate medical response. The only thing everybody I have run across can agree on is the idea of avoidance as a method of treatment; in other words, clean water and clean housing for the rest of your life.

These attitudes and damaging remarks were not restricted to the Department of Health and Welfare. I am not here to lay all the problems of public opinion in the country on this subject at the door of the Department of Health and Welfare. One agency cannot be blamed for public attitude. However, they did make the statements and contribute to the attitude, both in a general way through the media and institutions and also in the specific way of people going for disability pensions and going to

[Traduction]

ressentons se rapproche de la sensation que l'on peut avoir lorsque l'on rentre dans une maison fraîchement peinte et que l'on se sent étourdi. C'est aussi évident que cela pour nous.

C'est ce que nous avons continué à expliquer aux fonctionnaires, aux syndicats, aux Cabinets de ministres, aux Comités de santé et de sécurité au travail, dans des réunions publiques et dans des entrevues accordées à la télévision nationale. Mais même après que M. Epp nous eût assurés de sa sympathie, les résultats d'études effectuées par son ministère ont annoncé le même verdict, même dans le cas de *Pincher Creek*.

Il y en a qui ont perdu leur famille à cause de cela. Vous savez, lorsqu'on ne cesse de vous répéter que celui qui se plaint de symptômes aussi graves que cela ne fait que les imaginer, cela finit par miner sa crédibilité. Si votre conjoint s'inquiétait de votre santé et demandait conseil auprès de la Santé et du Bien-être, par souci véritable, il finirait par nuire à vos intérêts et se verrait conseiller d'aller chercher de l'aide et de diminuer les sources de stress. On sait bien sûr que le stress est une source importante de maladies, quelles qu'elles soient.

On ne logeait pas les gens convenablement au travail. Un comité local de la Fondation canadienne pour l'écologie humaine m'a dit savoir que les fonctionnaires quittent la Fonction publique au rythme de un par mois, parce qu'on ne les loge pas convenablement. D'après ce que j'ai constaté en appelant ici et là à la Fonction publique, on a l'impression que le ministère de la Santé s'en moque toujours éperdument et refuse de bouger.

D'après les médecins, certains sont morts des suites de cette maladie et d'autres se sont suicidés, parfois après s'être longuement plaint de ce qu'avait pourtant dit le ministère de la Santé.

Il semble maintenant évident qu'il existe toute une gamme d'influences écologiques qui affectent certaines personnes plus que d'autres, et pour lesquelles nous ne connaissons pas de solution médicale appropriée. La seule chose sur laquelle à peu près tout le monde s'entend, c'est que la seule façon de traiter ce problème, c'est d'éviter d'entrer en contact avec les éléments perturbateurs; autrement dit, il faut que vous consommiez de l'eau pure et que vous viviez dans un habitacle propre d'ici la fin de vos jours.

Ces attitudes et ces remarques désobligeantes n'étaient pas uniquement le propre du ministère de la Santé. Je ne cherche pas ici à rejeter sur ce ministère toutes les idées préconçues que se font à ce sujet les Canadiens. On ne peut pas blâmer un ministère en particulier pour toutes les faussetés que charrie le public. Cependant, c'est à ce ministère que l'on doit maintes déclarations qui ont contribué à renforcer l'attitude négative à notre égard, à la fois de façon générale dans les médias et dans les

*[Text]*

medical services for assistance, either from the native community or public servants.

I have three recommendations arising from this experience. I think the first one requires some immediacy, given the fact that these attitudes are still out there hurting people.

The first recommendation is that the health minister should immediately and publicly state what he said and wrote privately, that he is sympathetic to our concerns and considers them legitimate. It is necessary to turn around people's impressions, which they have because of what they have heard people in the Department of Health and Welfare say in the past.

I also feel that the minister should launch a public awareness campaign to serve the same end. I think normally he would interview people, find out attitudes and design a campaign to address those attitudes with a special focus on health institutions, particularly those that officially or unofficially—I do not know how you would determine that—take their lead from Health and Welfare for a variety of things, other than government departments and agencies.

• 1045

Actually my third point is that in addition to doing a public campaign, the minister or the minister responsible for disabled persons should initiate a process of bringing our concerns to all federal departments and agencies, involving the environmentally sensitive as that is done. We are the people with the experience. We are the people who have been coping with this problem now for about a quarter of a century in Ontario. I believe people with some experience should be involved in some way.

The only other thing I would say is that I would repeat that I feel it is very important to involve the elected representatives of the various groups. Thank you.

**The Chairman:** Mr. Brown, I want to thank you for your abbreviated testimony, which is very helpful indeed. I think you have given us the kernel of your concerns.

We have about five minutes for each member, I think, to be fair.

**Mr. McCrossan:** I have a lot of sympathy for your brief because I am one of those who are environmentally sensitive. I have chemical intolerances. I also can pick out the days with very high pollution levels from my own personal reaction. I can find myself getting dizzy driving to work and then I could check and find out that it was indeed a day when the pollution was up in the high numbers.

Obviously, with my own chemical intolerances which I know about, I have identified the symptoms. Avoidance is the answer, but when you are coming to your central

*[Translation]*

institutions, et aussi de façon bien précise, en nuisant à ceux qui cherchaient à obtenir des pensions d'invalidité et des services d'aide médicale, en frappant à la porte des communautés autochtones ou des fonctionnaires.

Mon expérience me dicte trois recommandations. La première exige que des mesures soient prises immédiatement, étant donné que ces attitudes prévalent toujours et continuent à nous nuire.

Ma première recommandation, c'est que le ministre de la Santé déclare immédiatement et publiquement, comme il nous l'a dit et écrit en privé, qu'il compatit à nos problèmes et qu'il considère nos revendications comme légitimes. Il est nécessaire de créer un revirement dans l'opinion publique, étant donné ce qu'a dit à ce sujet-là le ministre de la Santé par le passé.

Le ministre devrait également lancer une campagne de sensibilisation du public à cette fin. Il devrait d'abord interviewer des gens et voir quelles sont les attitudes, pour pouvoir ensuite préparer une campagne qui viserait particulièrement les établissements de santé et particulièrement ceux qui, sans être ministère ou organisme gouvernemental, emboîtent officiellement ou non le pas au ministère de la Santé.

Outre la campagne d'information, le ministre de la Santé ou celui qui est chargé des personnes handicapées devrait porter à l'attention de tous les ministères et organismes gouvernementaux nos doléances à nous, en notre propre présence. Après tout, c'est nous qui avons l'expérience. Nous sommes ceux qui vivons avec ce problème depuis presque maintenant 25 ans en Ontario. Il faut donc faire appel à l'expérience de ceux qui vivent avec ce problème.

Il est également extrêmement important d'inclure à toute cette campagne les élus des divers groupes qui nous représentent. Merci.

**Le président:** Monsieur Brown, merci d'avoir abrégé ainsi votre témoignage qui nous est d'une grande utilité. Vous nous avez présenté là l'essentiel de vos doléances.

Pour être juste, je devrai accorder cinq minutes à chaque intervenant.

**M. McCrossan:** Je tends une oreille sympathique à vos doléances, car je suis un de ceux qui sont sensibles à l'environnement, puisque j'ai des intolerances chimiques. D'après la façon dont mon corps réagit, je sais aussi reconnaître les jours où les niveaux de pollution sont très élevés. Si je suis tout étourdi en me rendant en voiture le matin au travail, je peux facilement vérifier qu'il s'agit d'une journée à indice de pollution élevé.

Il est évident que j'ai su identifier les symptômes des intolerances chimiques dont je souffre. Je peux, bien sûr, éviter ces produits chimiques, mais il me semble que la



[Texte]

thesis, whether these things really exist or are psychosomatic, it seems to me they are very individual.

The health system as a whole is based on the idea of mass or random testing, testing reactions and so on. When you get to this business of varied individual reactions to specific chemicals or specific pollutants which cannot be tested on a wide scale, it is very difficult for a doctor or medical practitioner to define whether the real cause is psychosomatic or stress related, with an increasingly stressful society or whether there is a real medical reason which relates to the individual's own environmental history, building up a pattern of intolerances.

You mentioned one other thing just before I asked the question about mercury in fillings. I am aware of an individual who had a severe reaction. It was identified as mercury in fillings. She had all her fillings replaced. OHIP would not cover it because they would not recognize, if you will, the diagnosis, although it cleared up after she had the fillings replaced. Now that is a personal case history of a friend that I am aware of. This was not recognized officially in Ontario, as far as I am aware, as a cause of some of these reactions.

Other than simple avoidance, which is I guess the route I use when I have identified it for myself, how do you propose the medical system itself should react to this or should start treating these symptoms identified as the product of some sort of environmental sensitivity? What should be treated? It seems to me, at least with the mercury in the fillings, the reaction was that this is next to quackery, although maybe it was just the placebo effect of having the mercury removed from the fillings curing the problem.

**Mr. Brown:** I think there are a number of points there that do require clarification. The first one is the question of whether or not it is psychosomatic. Nobody that I know is saying that it is psychosomatic now. I cannot find people who are saying that. It is not being said by the Ministry of Health in Ontario. It is not being said by Health and Welfare.

• 1050

I complained about a letter where there was a quote from Mr. Epp saying, in some cases, this is a true medical problem in addition to psychological problems some patients might have.

Whenever there is a sensitivity environmentally, there is a true medical problem. If there are some people who imagine they are disabled by pollution, I hope somebody will deal with them, but not us.

[Traduction]

réponse à votre question de fond, qui est de déterminer si ces symptômes existent véritablement ou sont psychosomatiques, dépend de chaque individu.

Notre régime de soins de santé est, dans l'ensemble, fondé sur le dépistage de masse ou dépistage au hasard, sur le testage des réactions, etc. Puisqu'il s'agit d'une gamme de réactions individuelles à des produits chimiques particuliers ou à des polluants précis qu'on ne peut tous tester, il me semble difficile, pour un médecin ou pour un spécialiste, de définir si la cause est psychosomatique ou reliée au stress, étant donné la société de plus en plus stressée dans laquelle nous vivons, ou si elle découle d'une véritable affection médicale liée aux antécédents médicaux du patient et se développant en intolérances multiples.

Vous avez également parlé du mercure dans les obturations dentaires. Je connais moi-même quelqu'un qui a fait une réaction très grave au mercure présent dans ses plombages. Cette personne a donc fait remplacer tous ses plombages, mais l'OHIP n'a pas voulu la rembourser parce qu'elle n'admettait pas le diagnostic, même si son état de santé s'est nettement amélioré après le remplacement de ses plombages. Je suis donc au courant d'un cas semblable, puisqu'il s'agit d'une amie. Or, l'Ontario n'a pas voulu officiellement reconnaître cette maladie, à ce que je sache, ou reconnaître la cause de cette maladie.

Outre la possibilité d'éviter tout contact avec le produit en question, solution que j'ai choisie moi-même car j'avais identifié la source de mes maux, comment notre régime de soins de santé devrait-il réagir pour traiter ces symptômes reliés à un produit ou à une sensibilité accrue à l'environnement? Que devrait-on traiter? Dans le cas du mercure dans les obturations, j'ai l'impression que les médecins ont réagi en disant que c'était de la foutaise, ou peut-être en disant que c'était uniquement l'effet «placebo», puisqu'en supprimant le mercure, on avait ainsi résolu tous les problèmes.

**M. Brown:** Je voudrais préciser plusieurs choses. Tout d'abord, vous vous demandez si les causes sont psychosomatiques ou non. Aujourd'hui, personne n'oserait prétendre à ce que je sache que les causes sont psychosomatiques. Trouvez-moi quelqu'un qui oserait le prétendre. Le ministère de la Santé de l'Ontario n'ose plus le dire, ni même le ministère de la Santé et du Bien-être social.

J'ai relevé une lettre où M. Epp dit que dans certains cas, il y a un véritable problème médical qui vient s'ajouter à des problèmes psychologiques dont souffrent déjà certains patients.

Chaque fois qu'il y a réaction à l'environnement, on est en présence d'un problème médical véritable. S'il y a des gens qui imaginent que la pollution les affecte, j'espère qu'il se trouvera quelqu'un pour s'occuper d'eux, mais ce ne sera pas nous.



## [Text]

The second thing is that in Ontario there has also been policy development around us: from the housing minister, the social services minister, the health minister; and from some other ministers I cannot think of at the moment, who have moved ahead on this issue.

If you check with the appendices I mentioned, in the federal government, all these departments have moved ahead on this issue. Environment Canada has written to Health and Welfare asking them to fund projects they would also fund, but Health and Welfare, being the lead agency, has to go in first.

The condition is recognized. I do not think you will find a doctor who will tell you your condition is psychosomatic.

**Mr. McCrossan:** I guess the point I am making is, if it is 1 in 1,000 or 1 in 10,000 affected by something, it is really easier to move out this one person. The avoidance solution—

**Mr. Brown:** Easier for whom?

**Mr. McCrossan:** If it happens to be an office building problem, for example.

**Mr. Brown:** This is what has been happening.

**Mr. McCrossan:** It is easier to move that person out—

**Mr. Brown:** These people have been moved out. It is why I am here.

**Mr. McCrossan:** —than change the structure to accommodate that one person. Avoidance may be the most cost-effective solution for society.

**Mr. Brown:** I think avoidance is a good idea, but I do not think you practice avoidance by limiting people's... I think next week is National Access Awareness Week. I think we should keep this in mind. I agree with you that avoidance is the cost-effective way of doing it, as far as what we know now, but it should not mean people are cut off from participating in life. It is cost effective to have accessibility. I think the physically disabled showed this in the 1970s.

**Mr. Heap:** I have three brief questions. Mr. Brown, the copy of your brief has about 127 numbered appendix references at the end, but I do not find numbers in the text.

**Mr. Brown:** Excuse me, the appendices are not copied yet. They are about 200 pages long, and I ran out of money.

**Mr. Heap:** This does not refer to the text? It refers to the appendices?

**Mr. Brown:** That is correct.

**Mr. Heap:** If the chairman finds it in order, I would be inclined to move that we ask for a staff report on your three recommendations. To my mind, this is a way of

## [Translation]

Un autre point. En Ontario, on a élaboré des politiques à cause de nous: le ministre responsable du Logement, le ministre responsable des Services sociaux, le ministre de la Santé et d'autres ministres ont déjà pris des mesures.

Si vous vous reportez aux annexes dont j'ai parlé, au gouvernement fédéral, tous ces ministères ont déjà pris des mesures. Environnement Canada a écrit au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour demander le financement conjoint de projets, mais comme la responsabilité première incombe à Santé et Bien-être, c'est à ce ministère de prendre les devants.

La situation est reconnue comme telle. Je ne pense pas qu'il se trouve un médecin pour prétendre que ces affections sont psychosomatiques.

**M. McCrossan:** J'essaie de vous dire que s'il s'agit d'un cas sur 1,000 ou d'un cas sur 10,000, il sera peut-être plus facile de déplacer cette personne. Éluder la question. . .

**M. Brown:** Ce serait plus facile pour qui?

**M. McCrossan:** Si c'est dans un immeuble à bureaux, par exemple, ce serait plus facile.

**M. Brown:** C'est ce que l'on a fait jusqu'à présent.

**M. McCrossan:** Il est plus facile de déplacer cette personne. . .

**M. Brown:** Ces personnes ont été déplacées. C'est la raison pour laquelle je suis ici.

**M. McCrossan:** . . . que de modifier tout l'immeuble pour répondre aux besoins d'une personne. Éluder la question peut être la solution la plus rentable pour la société.

**M. Brown:** Je pense que c'est une bonne idée, mais si on élude la question en limitant. . . La semaine prochaine, ce sera la Semaine nationale de la sensibilisation à l'accès. Je pense qu'il faudrait se rappeler cela. Je conviens avec vous qu'éluder la question est rentable, étant donné les moyens dont nous disposons actuellement, mais il ne faudrait pas pour cela que les gens soient empêchés de participer au courant de la vie. L'accès est rentable. Je pense que les handicapés l'ont bien prouvé dans les années 1970.

**M. Heap:** J'ai trois brèves questions à vous poser. Monsieur Brown, dans votre mémoire, on trouve 127 références aux annexes, à la fin, mais je ne m'y retrouve pas.

**M. Brown:** Excusez-moi, les annexes n'ont pas été photocopiées. Elles font environ 200 pages, et je n'ai pas eu assez d'argent.

**M. Heap:** Il s'agit bien des annexes et non pas du texte, n'est-ce pas?

**M. Brown:** C'est juste.

**M. Heap:** Avec l'accord du président, je voudrais que notre équipe de recherche fasse rapport sur vos trois recommandations. À mon avis, ce serait le moyen de faire

[Texte]

getting this thing discussed at a future meeting of this committee, in relation to, you might say, the administrative or political specifics of your request. You want the minister to do this and this and this.

If this would not seem to you like tabling it in the waste basket, given the amount of time we have, it seems to me an effective way to respond to your request. How do you feel about it?

**Mr. Brown:** I doubt the committee can call a news conference. I think it is as important to bring along those people this would be referred to as anybody else. So I would support it.

**Mr. Heap:** To bring them to the committee perhaps to speak on your points.

**Mr. Brown:** To bring them along on the issue, excuse me.

**The Chairman:** Were you suggesting we ask the minister's staff or committee staff?

**Mr. Heap:** The committee staff, to report on these recommendations. What Mr. Brown has added is the suggestion we bring appropriate officials to the committee to discuss the issue.

**The Chairman:** From the department?

**Mr. Heap:** Yes.

**Ms Copps:** Mr. Heap, this was actually done already by way of reference to this committee several months ago.

**Mr. Heap:** Thank you.

**Ms Copps:** You may be able to do it in the overall context.

**Mr. Heap:** My third question follows on Mr. McCrossan's. In your recommendations, I do not think you include a request for research. I am wondering whether you intend that what the minister and the department might do is to gather up the cases and find out how many cases we know of in Canada with a mercury in fillings problem and how many cases of pollution by peanuts. I find that my granddaughter can be killed by peanut oil and therefore has to be pretty careful what she takes in. I do not know how many there are in Canada like that, but is it the sort of thing you have in mind?

• 1055

**Mr. Brown:** I think it is very important. I think that the human ecology brief, which was put in, recommends research. I mentioned a number of explorations. I did not mention research, but I would support it. If you look at what I am saying and at the human ecology brief, which puts attitudinal pollution ahead of environmental pollution as a concern, I believe all those things related to the ongoing progress of understanding our condition and

[Traduction]

en sorte que l'on en parlera lors de réunions ultérieures en comité, où l'on pourra aborder les détails administratifs ou politiques de votre demande. Il y a certaines choses que vous demandez au ministre, n'est-ce pas?

Si vous estimez que ce n'est pas mettre vos recommandations sur les tablettes, étant donné que nous disposons de peu de temps, ce serait le moyen efficace de réagir à vos demandes. Qu'en pensez-vous?

**M. Brown:** Je ne pense pas que le Comité puisse faire une conférence de presse. Je pense qu'il est important de faire appel avant tout à ceux qui seraient saisis de la question. Voilà pourquoi je suis d'accord avec vous.

**M. Heap:** Vous voudriez que nous les invitions à comparaître ici pour qu'ils se prononcent sur la question, n'est-ce pas?

**M. Brown:** Je voudrais qu'ils soient mis au courant de la question, excusez-moi.

**Le président:** Vous demandez que nous fassions appel au personnel du Comité ou au personnel du ministre?

**M. Heap:** Au personnel du Comité, qui ferait rapport sur ces recommandations. M. Brown demande en outre que l'on invite les fonctionnaires responsables pour que nous en discutons ici en comité.

**Le président:** Vous parlez des fonctionnaires du ministère?

**M. Heap:** Oui.

**Mme Copps:** Monsieur Heap, c'est déjà fait grâce au mandat confié au Comité il y a plusieurs mois.

**M. Heap:** Merci.

**Mme Copps:** On pourrait le faire grâce à notre mandat général.

**M. Heap:** Ma troisième question est dans la même veine que celle de M. McCrossan. Dans vos recommandations, vous ne parlez pas de recherche. Je me demande si vous envisagez que le ministre ou le ministère fasse des recherches documentées afin de découvrir combien il y a de cas où le mercure présente un problème dans les obturations, combien il y a de cas de pollution à cause des arachides. J'ai appris que ma petite-fille pouvait mourir à cause de l'huile d'arachide et par conséquent elle doit être très prudente si elle en absorbe. Je ne sais pas combien il y a de cas semblables au Canada, mais est-ce que vous envisagiez que l'on fasse des recherches de ce côté-là?

**M. Brown:** Je pense que ce serait important. Dans le mémoire du groupe d'écologie humaine, on recommande de faire de la recherche. J'ai parlé de diverses tentatives. Je n'ai pas parlé de recherche, mais j'appuie cette idée. Si vous vous reportez à mes propos et au mémoire du groupe d'écologie humaine, vous constaterez que la préoccupation concernant la pollution des attitudes vient avant la pollution de l'environnement. Tous les progrès



[Text]

what these ecological relationships are hung up on is the fact that there is confusion about what Canadians feel about this. I think it is very important to clear the block out of the tube before trying to put things down it.

I would like to go back to the referral question just briefly. If it were possible, I would prefer for the matter to be referred to the minister's office because I feel that properly the minister should make the statement of legitimacy.

**The Chairman:** All testimony before this committee is referred to the minister's office automatically. His staff keeps a close tab what goes on in this committee.

It might seem appropriate to have officials from the Department of Health and Welfare make one visit here, as you have done, so we can have their side of the story. As you have suggested, progress has been made by many departments in this whole area and by groups outside of government as well. It would be nice to have an updating for the committee from the governmental point of view, but the committee would have to decide that collectively.

**Ms Copps:** What do you think of this building?

**Mr. Brown:** I do not know; I have not been in it long enough.

**Ms Copps:** The only reason I am asking is that I have never had any kind of diagnosis, but... I do not know if it is just me, but we only have about two hours of meetings in this building and, by the end of the period in this building, my sinuses are usually plugged. I attribute it with no scientific evidence. I have never had any problem with pollution or anything, but this building is the only committee building where you do not have windows that open. A few times I thought perhaps I was allergic to something. Then I started thinking that it is only when I come to this committee. It happens after about two hours.

**Mr. Brown:** I told people I invited that this is a bad building simply from looking at it, but I do not know—

**Ms Copps:** I do not know if I would be able to work here eight hours a day because I find that after a couple of hours of committee meetings, you are really dry and you are really responding to... There seems to be a lack of circulation or something.

**Mr. Brown:** A lot of Public Service unions have been saying that about a lot of buildings in town for a lot of years.

**Ms Copps:** It is easy if you are in a job like we are where you are moving around to different buildings. It has never been such a problem for me that I sought medical advice about it, but if you are in a job where you are sitting eight hours a day in one spot in an enclosed

[Translation]

courants qui mènent vers une meilleure compréhension de notre condition et des rapports écologiques sont entravés parce qu'il existe une certaine confusion concernant les sentiments des Canadiens à cet égard. Je pense qu'il est important de bien débayer le terrain avant d'y semer.

Je voudrais revenir à ce que l'on disait à propos de saisir les autorités de la question. Si c'était possible, je préférerais qu'on saisisse le cabinet du ministre car je pense qu'il lui incombe à lui de faire les déclarations qui légitimeront la question.

**Le président:** Tous les témoignages recueillis en comité sont envoyés au cabinet du ministre automatiquement. Son personnel surveille de très près le déroulement de nos délibérations en comité.

On trouvera peut-être opportun d'inviter les fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ici en comité, pour qu'ils puissent nous donner leur point de vue. Comme vous l'avez dit, il y a eu des progrès réalisés dans bon nombre de ministères de même que par des organisations externes. Il serait peut-être utile que le Comité puisse compter sur une mise au point de la part des autorités gouvernementales, mais nous devons prendre cette décision plus tard, tous ensemble.

**Mme Copps:** Que pensez-vous de cet édifice-ci?

**M. Brown:** Je ne sais que vous répondre car je n'y ai pas séjourné assez longtemps.

**Mme Copps:** Si je vous pose la question, c'est que même sans diagnostic... Je ne sais pas si cela ne m'affecte que moi, mais après deux heures de séance ici, deux heures de présence dans l'immeuble, mes sinuses sont congestionnés. Je n'ai absolument aucune preuve scientifique à l'appui. Je n'ai jamais eu de difficulté à cause de la pollution, rien de tel, mais c'est le seul édifice dont les fenêtres ne s'ouvrent pas. Il m'est arrivé de penser que j'étais allergique à quelque chose. Et puis je me suis rendu compte, je constatais ma réaction après une séance de ce comité-ci. Il faut environ deux heures pour que la réaction se fasse sentir.

**M. Brown:** J'ai dit aux gens qui m'accompagnent que c'était sans doute un immeuble nocif, à première vue, mais je ne sais pas...

**Mme Copps:** Je ne sais pas si l'on pourrait travailler ici huit heures d'affilée mais quant à moi, après quelques heures en séance de comité, j'ai les sinuses asséchés... Il semble que la circulation de l'air soit mauvaise.

**M. Brown:** Beaucoup de syndicats de la Fonction publique disent la même chose à propos de bien des édifices à Ottawa, et cela depuis bien des années.

**Mme Copps:** Les choses sont plus faciles quand les gens font un travail comme le nôtre, qui nous amène à nous déplacer d'un immeuble à l'autre. Le problème n'a jamais été si grave que je me sente obligée de consulter un médecin, mais si vous avez un travail qui vous oblige à



**[Texte]**

environment with fluorescent lights, the... Obviously avoidance does not work for everybody.

I wrote a letter to the minister on March 17 asking him to make a public statement and to follow up on some of your recommendations. I have not yet received a reply. I know somebody from the minister's office is here and we have been trying to find out what has been happening with it.

In your brief you make reference to the fact that the minister has made some private statements, but does not seem to want to make that kind of statement publicly. On page 8 you say he says that health is a provincial responsibility:

Canada's Health Minister has stated a number of times he is sympathetic to our concerns, but provinces are officially responsible for health matters.

Where did he say that? Has that just been in private—

• 1100

**Mr. Brown:** In letters to me, Paul Dick and Flora MacDonald, and in a few other letters.

He has said a number of things over the last three years, all of them gradually moving forward. The first was it is provincial responsibility. The second one was it seems some people have a true medical problem. The third one was, there may be a real problem but we are trying to put out information about pollution and chemicals.

All those are important to us, the research and programs Health and Welfare might offer—public education, funding of pamphlets, sustaining grants for the Human Ecology Foundation. But the most important thing is to get the block out of the way, the confusion among people who heard, previously, that federal health authorities felt this was not a legitimate concern. They have turned around now.

**Ms Copps:** I did not know anything about environmental sensitivity until you got in touch with our office. My perception was that from time to time you see somebody who has to have everything coated in plastic. The world is their environmental reaction. Obviously, there must be a lot of gradations between no problem and these people who are extremely sensitive to anything. You mentioned about your own job having been threatened.

**Mr. Brown:** The ones I have heard of who have to live in a plastic bubble have a certain immune problem, which I—

**Ms Copps:** I was not talking about the boy in the bubble. There was a couple from Toronto and they were

**[Traduction]**

rester huit heures dans un milieu fermé, sous les lampes fluorescentes... Manifestement, éluder la question ne convient pas à tout le monde.

J'ai écrit au ministre, le 17 mars, pour lui demander de faire une déclaration publique et pour qu'il réagisse à certaines de vos recommandations. Il ne m'a pas encore répondu. Je sais qu'il y a ici un représentant du cabinet du ministre et nous essayons de découvrir ce qu'il advient de ma lettre.

Dans votre mémoire, vous dites que le ministre a eu, en privé, certains propos qu'il n'est pas prêt à répéter en public. À la page huit, vous dites qu'il aurait affirmé que la santé est une responsabilité provinciale:

Le ministre de la Santé du Canada a déclaré à plusieurs reprises qu'il avait de la sympathie pour nos préoccupations, mais il a ajouté que c'était les provinces qui étaient responsables officiellement des questions de santé.

Où a-t-il dit cela? L'a-t-il dit en privé... .

**M. Brown:** Dans des lettres qui m'ont été adressées, et dans des lettres à Paul Dick, Flora MacDonald et quelques autres lettres.

Il a dit un certain nombre de choses au cours des trois dernières années. Il a d'abord dit qu'il s'agissait d'une responsabilité provinciale. Ensuite il a dit qu'il semblait que certaines personnes avaient réellement un problème médical. Et enfin, qu'il y avait peut-être un problème réel mais qu'ils essayaient de donner de l'information au sujet de la pollution et des produits chimiques.

La recherche et les programmes offerts par la Santé nationale et le Bien-être social sont aussi importants pour nous—la sensibilisation du public, le financement de brochures, les subventions à la Fondation canadienne pour l'écologie humaine. Mais le plus important pour nous consiste à éliminer l'obstacle, la confusion chez les gens qui avaient entendu dire auparavant que les autorités fédérales en matière de santé estimaient qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter. Ils ont fait volte-face depuis.

**Mme Copps:** Je ne connaissais pas grand-chose au sujet de la sensibilité à l'environnement avant que vous communiquiez avec mon bureau. J'avais l'impression que de temps à autre certaines personnes devaient vivre dans un monde recouvert de plastique. Ces personnes sont tout simplement allergiques au monde entier. Évidemment, il doit y avoir toute une gradation entre celui qui n'a pas de problème et les personnes qui sont extrêmement sensibles à tout ce qui existe. Vous avez dit que votre propre emploi avait été menacé.

**M. Brown:** Les personnes qui doivent vivre dans une bulle de plastique souffrent d'une certaine déficience immunologique, etc. . .

**Mme Copps:** Je ne parlais pas du petit garçon dans la bulle. Il y avait par exemple un couple à Toronto qui était

*[Text]*

environmentally sensitive. They bought a farm and their house was covered in foil and plastic because they could not touch any—it is the extreme case. I thought everybody who was environmentally sensitive had this extreme reaction, and there might be only a couple dozen in the country.

**Mr. Brown:** The Thomson commission identified that the debate in the medical community was acrimonious and some positions were untenable. The media tended to use the most polarized opinions, I presume for journalistic drama.

I am sure it happens with every issue.

**Ms Copps:** How did you become aware of your condition? How has it affected your life?

**Mr. Brown:** For me and for most people it is like diabetes or epilepsy. It is very manageable. I have had to do simple things, like live somewhere that does not have carpets or forced-air heating. I can have the window open, and things like that. I have to avoid some foods. The difference for us is it requires co-operation from others. Generally I find people co-operative. But if they think you are foolhardy, or that you really need comfort and consoling, then you cannot do those small things you are required to do. It is a very easily manageable problem for most people.

**The Chairman:** We had better draw this to a conclusion. What is the consensus?

**Mr. McCrossan:** They are very valuable briefs and I think we should get officials in to respond on this issue. We might invite Mr. Brown on the day when officials will be dealing with this issue.

**The Chairman:** Is that agreed, that we invite the officials?

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I want to table my own letter too, because it outlines: the issue of a clear public statement; federal departments' awareness; attitudes of public health professionals, and federal programs and policies. It might be helpful.

**The Chairman:** We will add it to the minutes to the members of the committee.

• 1105

**Mr. Brown:** May I also suggest that the concerns here were experienced by hundreds of people. I believe if you are talking to people at National Health and Welfare, you should also talk to some of the health and safety officers

*[Translation]*

sensible à l'environnement. Ils ont acheté une ferme et leur maison était recouverte de papier alu et de plastique parce qu'ils ne pouvaient toucher... mais c'est un cas extrême. Je croyais que tous ceux qui étaient sensibles à l'environnement avaient ce genre de réaction extrême, et qu'il n'y en avait peut-être que quelques douzaines au pays.

**M. Brown:** La Commission Thomson a constaté que le débat dans la communauté médicale était acrimonieux et que certaines positions étaient insoutenables. Les médias ont tendance à rapporter les opinions les plus polarisées, pour faire du journalisme à sensation, je présume.

Je suis certain que cela se produit dans tous les dossiers.

**Mme Copps:** Comment vous êtes-vous rendu compte que vous aviez ce problème? De quelle façon cela a-t-il affecté votre vie?

**M. Brown:** Pour moi et pour la plupart des gens, c'est comme de souffrir du diabète ou d'épilepsie. Il est très facile de vivre avec ce problème. J'ai dû prendre des mesures très simples, par exemple vivre dans un logement où il n'y avait pas de tapis ou de chauffage par air pulsé. Je dois pouvoir ouvrir la fenêtre, et autres choses du genre. Il me faut éviter certains aliments. La différence dans notre cas, c'est qu'il est nécessaire d'avoir la collaboration des autres. Les gens sont généralement coopératifs. Mais s'ils croient que nous ne sommes pas sérieux, ou que nous voulons tout simplement un peu de réconfort ou de sympathie, alors nous ne pouvons faire toutes ces petites choses qui sont nécessaires. Mais pour la plupart des gens, il est très facile de vivre avec ce problème.

**Le président:** Nous devrions nous arrêter ici. Quel est le consensus?

**M. McCrossan:** Ces mémoires sont très valables et je pense que nous devrions demander aux fonctionnaires une réponse. Nous pourrions inviter M. Brown un jour où les fonctionnaires comparaitront pour discuter de cette question.

**Le président:** Tout le monde est d'accord pour que l'on invite les représentants du ministère?

**Mme Copps:** Monsieur le président, j'aimerais pouvoir déposer également ma lettre parce qu'on y retrouve une déclaration publique claire; le fait que les ministères fédéraux sont conscients du problème; les attitudes des professionnels de la santé publique ainsi que les politiques et programmes fédéraux. Cela pourrait être utile.

**Le président:** Nous l'annexerons aux Procès-verbaux et témoignages que nous remettrons aux membres du Comité.

**M. Brown:** J'aimerais également vous faire remarquer que des centaines de personnes ont rencontré les problèmes dont nous parlons ici. Je pense que si vous parlez à des gens de Santé nationale et Bien-être social,

[Texte]

of the Public Service unions and some of the other people I have mentioned.

**The Chairman:** I think, Mr. Brown, speaking on behalf of the committee, we are engaged in a rather extensive study of the health care system, not particularly from this kind of narrow point of view, but we are also taking on some smaller issues such as this and one or two others on a short-term basis. I think in order to have a balance, we should certainly have the department officials here. Then we will decide whether we want to pursue it further at some other time possibly. We appreciate your attendance. We know that you are close by, like Mr. Dyson, if we want to get to you at any time; any of us can do that. It will be our desire to have some of the officials here between now and the end of June, if we can arrange it.

**Mr. Brown:** Great. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much for being with us. This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

vous devriez également parler à certains agents de la santé et de la sécurité des syndicats de la Fonction publique et à certaines autres personnes que j'ai mentionnées.

**Le président:** Monsieur Brown, notre Comité a entrepris une étude plutôt approfondie du régime de soins de santé qui ne se limite pas à ce genre de problème en particulier, bien que nous nous intéressions à des questions de moindre envergure comme celle-ci à court terme. Donc, pour avoir un équilibre, nous devrions certainement inviter les représentants du ministère. Nous déciderons ensuite si nous voulons étudier davantage le problème à un autre moment donné. Nous vous remercions d'être venu. Nous savons que vous n'êtes pas très loin, comme M. Dyson, si l'un d'entre nous veut communiquer avec nous. Nous aimerions donc inviter certains représentants du ministère avant la fin du mois de juin si c'est possible.

**M. Brown:** Très bien. Merci beaucoup.

**Le président:** Je vous remercie. La séance est levée.





















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

WITNESSES

*From the Economic Communication Group:*

William A. Dyson, Vice-President.

*Individual:*

Chris Brown.

TÉMOINS

*De Economic Communication Group:*

William A. Dyson, vice-président.

*À titre individuel:*

Chris Brown.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 49

Tuesday, May 31, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 49

Le mardi 31 mai 1988

Président: Bruce Halliday

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

---

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

---

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2), relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to food  
and drug labelling

---

CONCERNANT:

L'ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement du ministère de la Santé nationale et du  
Bien-être social relativement à l'étiquetage des  
drogues et des aliments

---

WITNESSES:

(See back cover)

---

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



---

Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

---

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TUESDAY, MAY 31, 1988

(69)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:35 o'clock a.m., in Room 701, 151 Sparks Street, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell, Barry Turner.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Canadian Restaurant and Food Services Association:* William Dover, President; Douglas C. Needham, Executive Vice-President. *From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada:* Hon. Judy Erola, President; Dr. Karen Gilberg, Chairman, Research and Development Section; Mike O'Flaherty, Chairman, Plant Operations Section; Gordon Postlewaite, Director of Public Affairs.

The Committee resumed consideration of food and drug labelling.

Mr. Dover made a statement and, with the other witness, answered questions.

Ms Erola made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:09 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

LE MARDI 31 MAI 1988

(69)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 35, dans la pièce 701, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell, Barry Turner.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation:* William Dover, président; Douglas C. Needham, vice-président exécutif. *De l'Association canadienne de l'industrie du médicament:* L'honorable Judy Erola, présidente; Karen Gilberg, présidente, Section de la recherche et du développement; Mike O'Flaherty, président, Section de la planification opérationnelle; Gordon Postlewaite, directeur, Affaires publiques.

Le Comité reprend l'étude de l'étiquetage des drogues et des aliments.

M. Dover fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

M<sup>me</sup> Erola fait une déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

À 11 h 09, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

## EVIDENCE

*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Tuesday, May 31, 1988

• 0934

**The Chairman:** The Chair sees a quorum for the hearing of witnesses. I call the meeting to order.

We are dealing today with the order of reference pursuant to Standing Order 96.(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to food and drug labelling.

Our first set of witnesses today is from the Canadian Restaurant and Foodservices Association: Mr. William Frank, past chairman. You might like to introduce your colleague who is with you, Mr. Frank.

• 0935

**Mr. William Dover (Chairman, Canadian Restaurant and Foodservices Association):** I am the current chairman of the Canadian Restaurant and Foodservices Association. Mr. Frank is our past chairman. With me is Douglas Needham, the president of the association.

**The Chairman:** Thank you. We are pleased to have you with us. The floor is yours.

**Mr. Dover:** The Canadian Restaurant and Foodservices Association, CRFA, wants to be part of the solution to the tragic problem of food allergies. Representatives of our association have worked with the Allergy Information Association, Health and Welfare Canada, and Consumer and Corporate Affairs to address the problem and seek meaningful solutions. We will continue to do so.

The diverse and dispersed nature of Canada's \$21 billion food services industry must be recognized if we hope to develop and implement effective solutions. Some 78% of the industry's sales are generated by small, independent operators. Food services are provided at 72,000 commercial and institutional locations across Canada. Food is served in a wide variety of circumstances, including full-service restaurants, fast-food restaurants, hotel dining and banquet rooms, catered functions, institutional cafeterias, schools, clubs, hospitals, airplanes, trains, boats, and street-corner vending carts.

The magnitude and permutations of ingredients used by most restaurants reach staggering proportions. Even a limited-menu or a fast-food establishment featuring basic

## TÉMOIGNAGES

*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le mardi 31 mai 1988

**Le président:** Nous avons le quorum nécessaire pour entendre des témoins. La séance est donc ouverte.

Conformément au paragraphe 96.(2) du règlement, nous poursuivons l'étude de l'étiquetage des produits alimentaires et des médicaments qui relève du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Les premiers témoins que nous entendons aujourd'hui représentent l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation, en la personne de William Frank, ancien président. Voudriez-vous nous présenter la personne qui vous accompagne, monsieur Frank?

**M. William Dover (président du conseil, Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation):** Je suis l'actuel président du conseil de l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation. M. Frank est l'ancien président du conseil. Je suis accompagné de Douglas Needham, qui est le président de l'Association elle-même.

**Le président:** Je vous remercie. Soyez les bienvenus. Vous avez la parole.

**M. Dover:** L'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation, ACRSA, souhaite participer à la solution du problème tragique qu'est celui des allergies alimentaires. Des représentants de notre association ont oeuvré aux côtés de l'Association de l'information sur les allergies, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et du ministère de la Consommation et des Corporations, en vue d'examiner le problème et d'y chercher des solutions et c'est un travail que nous comptons poursuivre.

Il faut tenir compte de la nature diversifiée et de la dispersion du secteur canadien de la restauration si l'on veut trouver des solutions efficaces. Près de 78 p. 100 du chiffre d'affaires du secteur est réalisé par de petites entreprises indépendantes. Les services de restauration sont assurés dans 72,000 emplacements commerciaux et institutionnels éparpillés dans le pays. Les produits alimentaires sont servis dans quantités de circonstances et d'endroits, notamment les restaurants à service complet, les établissements de restauration rapide, les restaurants et les salles de banquet des hôtels, les réceptions avec service de traiteur, les cafétérias, les écoles, les clubs, les hôpitaux, les avions, les trains, les bateaux et les voiturettes de marchands ambulants.

La plupart des restaurants consomment et permutent un nombre incroyable d'ingrédients. Même les restaurants à menu limité ou les établissements de restauration rapide

## [Texte]

foods can utilize upwards of 1,000 ingredients. In the vast majority of instances, food service companies are at the mercy of suppliers, who can change ingredients in common foods without notice. Only a few of the national chains actually produce, or have produced for them, and monitor their ingredient specifications. The industry's recognition and understanding of food allergies ranges widely, from companies that are very aware and already producing printed information to small operators who are unaware the problem even exists.

Restaurants cannot be compared to food manufacturers packing tens of thousands of cans of a simple product in a centralized plant. Even national fast-food chains and franchises operate at thousands of different locations, each one being the equivalent of a small business unit. Many of these multi-unit operators rely on regional suppliers, creating significant differences in the ingredients of similar menu items.

Restaurant employees cannot be compared to the equipment of food-processing plants, which fill designated containers with a unique product on a continuous basis. In the food service industry employees prepare and serve a wide variety of menu items, with complex ingredients, over periods measured in minutes.

Meals and food served in restaurants cannot be compared to food purchased in supermarkets. In Loblaw's, consumers can pick up the package, read the ingredients, and put it back on the shelf. In the restaurant business, consumers get the food after ordering and paying for it.

The preparation and service of prepared meals differs fundamentally from the sale of packaged foods in retail food stores. Consequently the provision of vital ingredient information must also differ if it is to be effective and meaningful.

We believe ingredient information provided by the food service industry must incorporate each of the following elements:

1. **Timeliness:** vital ingredient information should be available to consumers prior to ordering and purchasing.
2. **Simplicity:** ingredient information should be focused on the problem foods that are commonly recognized as creating allergic reactions.

## [Traduction]

peuvent employer jusqu'à plus de 1.000 ingrédients. Dans la vaste majorité des cas, les restaurants sont à la merci des fournisseurs qui peuvent modifier les ingrédients des produits sans préavis. Seules quelques chaînes nationales produisent elles-mêmes ou font fabriquer pour elles, les produits qu'elles servent, et en contrôlent les ingrédients. La reconnaissance et la compréhension des allergies alimentaires au sein de l'industrie varient considérablement. Certaines compagnies sont très au courant du problème, elles font déjà un travail d'information, tandis que certains petits entrepreneurs ignorent même que le problème existe.

On ne peut pas comparer le restaurant au fabricant de produits alimentaires qui, dans son usine, remplit des dizaines de milliers de boîtes d'un même produit à composition simple. Même les chaînes nationales de restauration rapide et leurs franchises exploitent des milliers de concessions dont chacune est en fait une petite entreprise, et nombre de ces exploitants doivent compter sur des fournisseurs régionaux, ce qui donne souvent lieu à des différences importantes dans la composition de plats censément identiques.

L'on ne peut comparer les employés de restaurant aux machines des usines de transformation de produits alimentaires qui remplissent des contenants désignés d'un produit uniforme. Dans la restauration, les employés préparent et servent, sur des périodes mesurées en minutes, de vastes gammes de plats contenant des ingrédients complexes.

Les repas et les plats servis dans les restaurants ne peuvent pas être comparés aux produits alimentaires que l'on achète au supermarché. Chez Loblaw's, le client peut prendre un paquet, lire la liste d'ingrédients sur l'étiquette et remettre le produit sur l'étagère. Au restaurant, le client ne voit le produit qu'après l'avoir commandé et payé.

La préparation et le service de repas préparés sont fondamentalement différents de la vente en magasin d'alimentation de produits alimentaires emballés. C'est pourquoi les données sur les ingrédients essentiels qui entrent dans la composition de ces deux catégories de produits doivent, elles aussi, être fournies de façon différente si l'on veut qu'elles soient pertinentes et efficaces.

À notre avis, les renseignements en matière d'ingrédients que donne l'industrie de la restauration doivent satisfaire aux critères suivants:

1. **Le moment opportun:** les renseignements sur les ingrédients essentiels devraient être fournis aux clients «avant» qu'ils ne fassent leur commande et qu'ils ne paient.
2. **La simplicité:** les renseignements sur les ingrédients devraient intéresser surtout les aliments dont on sait qu'ils peuvent provoquer des réactions allergiques.



## [Text]

3. Accuracy: management must be able to provide the information in a manner in which it can ensure the highest degree of accuracy with the minimum chance of error.

Our knowledge and awareness of food allergies began in 1987, following meetings with the Allergy Information Association and Health and Welfare Canada. At the time, our association joined the Allergy Information Association and began a series of articles in our newsletter alerting members to the issue and giving them insights into the nature of the problem.

We have also had extensive discussions and undertaken a survey of national food service companies that operate limited-menu restaurants. These consultations have helped us understand the practical problems of providing accurate and meaningful ingredient information. They have also helped us isolate a practical solution.

In an April 8 meeting with Health and Welfare Canada, Consumer and Corporate Affairs, and the Allergy Information Association, CRFA outlined a proposal to adopt and promote the use of allergy charts by the food service industry. This proposal received the support of those groups present and will become a key part of our response to the consumer's need for vital ingredient information.

• (0940)

The existence of allergy charts came to our attention during our consultation with food service companies. In 1986 Kentucky Fried Chicken of Canada developed an allergy chart, which appears on page 12 of our submission, with the assistance of the Allergy Information Association. Similar charts have also been developed by Laura Secord stores.

Since the identification of the allergy chart as a potential solution, CRFA has had an opportunity to discuss its application with a number of food service companies. To date we have received a positive and enthusiastic response to the concept. CRFA has asked both the Allergy Information Association and Health and Welfare Canada to assist us in the identification of problem foods and ingredients as well as the development of guidelines for the production of standardized allergy charts. When that task is completed we will be conveying that information to the food service industry through personal meetings and correspondence, ongoing news letter articles and trade magazine stories.

In conclusion, Mr. Chairman, we are pleased to report these positive steps toward the publication of vital

## [Translation]

3. Exactitude: les gérants devraient s'efforcer d'obtenir des renseignements aussi précis que possible, en limitant au minimum les risques d'erreur.

C'est en 1987 que nous nous sommes tout particulièrement intéressés aux allergies alimentaires, ce en partie à cause des renseignements que nous avait fournis Santé et Bien-être social Canada. À cette époque, nous avons rencontré l'Association de l'information sur les allergies et avons commencé à publier une série d'articles dans le bulletin de l'Association, dans le but de mieux sensibiliser et renseigner nos membres sur ce problème.

Nous avons également procédé à une vaste consultation et entrepris une enquête auprès des compagnies qui exploitent des établissements de restauration rapide. Ces consultations nous ont aidés à comprendre les problèmes pratiques que posent la diffusion de renseignements exacts et pertinents sur les ingrédients. Ils nous ont aidés également à isoler les solutions pratiques.

Lors d'une réunion, le 8 avril, avec Santé et Bien-être social Canada, Consommation et Corporations Canada et l'Association de l'information sur les allergies, l'ACRSA a esquissé une proposition visant à l'adoption et la promotion de l'utilisation par l'industrie de la restauration de tableaux d'allergènes. Cette proposition a été appuyée par l'ensemble des participants et formera un élément clé de notre réponse au besoin des consommateurs d'être bien renseignés sur les ingrédients essentiels des produits alimentaires qu'ils achètent.

Nous avons appris l'existence des tableaux d'allergènes lors de nos consultations auprès des sociétés de restauration. En 1986, la société Poulet frit à la Kentucky du Canada a élaboré un tableau d'allergènes, que vous trouverez à la page 12 de notre mémoire, avec l'aide de l'Association de l'information sur les allergies. Des tableaux semblables ont été mis au point par la société Laura Secord.

Depuis l'avènement des tableaux d'allergènes, qui offrent une solution potentielle au problème, la CRSA a eu l'occasion d'en discuter l'utilisation avec un certain nombre d'entreprises de restauration. À ce jour, les réactions au concept ont été positives et enthousiastes. La CRSA a demandé à l'Association de l'information sur les allergies et à Santé et Bien-Être social Canada de l'aider dans l'identification des aliments et des ingrédients qui posent des problèmes d'allergie, ainsi que dans l'élaboration de lignes directrices pour l'établissement de tableaux d'allergènes normalisés. Une fois ce travail terminé, nous communiquerons ces renseignements à l'industrie de la restauration au moyen de réunions, de lettres et d'articles publiés dans le bulletin de l'association et dans des revues spécialisées.

En conclusion, monsieur le président, nous sommes heureux d'avoir pu vous entretenir des mesures concrètes

[Texte]

ingredient information by the food service industry. In the process we have been impressed with the support and co-operation provided by the Allergy Information Association and the Health Protection Branch of Health and Welfare Canada. We have also been very pleased by the real concern expressed by food service companies who sincerely wish to prevent further tragedies.

It has become apparent to us that other problems must be addressed at the same time as the food service industry is fulfilling its obligation to provide vital ingredient information. What we need is a variety of activities undertaken by the food service industry, the medical community, the public health authorities and those who suffer from food allergies.

We need a better understanding of the medical problem, including research on the cause of food allergies, problem foods, identification of susceptible groups, diagnoses, frequency of occurrence and treatment of victims. This is a job for the health authorities and the medical community. We need greater education, awareness and vigilance among the public, particularly those people susceptible to food allergies. This is a job for the Allergy Information Association as well as health authorities and the medical community.

Thirdly, we need greater awareness, education and vital ingredient information from the food service industry. This is a job for the Canadian Restaurant and Foodservices Association and we accept that job.

Mr. Chairman, that completes my remarks, and Mr. Needham and I would be pleased to take any questions.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Dover. May I congratulate you on a very well put together brief very expeditiously presented to us. Thank you very much.

Ms Copps, would you like to begin the questioning?

**Ms Copps:** Thank you, Mr. Chairman.

When do you expect to have the brochures available in all your member restaurants, the ones that you agreed to with the Allergy Information Association?

**Mr. Douglas C. Needham (President, Canadian Restaurant and Foodservices Association):** Our first step is to develop a standardized chart, because what we would like to have is a chart that is readily recognized by the consumers so that line 3 on the matrix will always be egg, as an example, rather than having that particular problem

[Traduction]

que nous avons prises en vue de la publication par l'industrie de la restauration de renseignements sur les ingrédients essentiels qui entrent dans la composition des produits qu'elle vend. Dans le cadre de ce travail, nous avons été impressionnés par l'appui et la collaboration que nous ont donnés l'Association de l'information sur les allergies et la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé et du Bien-être social. Nous avons également été très encouragés par la sincérité des compagnies de restauration qui souhaitent ardemment empêcher que ne se produisent d'autres tragédies.

Il nous apparaît que d'autres problèmes devront trouver une solution dans le même temps où le secteur de la restauration s'acquitte de son obligation de renseigner le public sur les ingrédients essentiels. Le secteur de la restauration, les médecins, les responsables de la santé et ceux qui souffrent d'allergies alimentaires devront oeuvrer de concert, sur plusieurs fronts.

Il nous faut mieux cerner la nature du problème médical, effectuer notamment des recherches sur les allergies alimentaires, les aliments allergènes, l'identification des groupes exposés, les diagnostics, la fréquence des réactions allergiques et le traitement des victimes. C'est là une tâche qui incombe aux autorités responsables de la santé et aux milieux médicaux. Il faut faire un effort d'éducation et de sensibilisation du public, particulièrement ceux qui sont sujets aux allergies alimentaires. Cette dernière tâche appartient à l'Association de l'information sur les allergies, ainsi qu'aux autorités gouvernementales et au milieu médical.

Troisièmement, il faut sensibiliser et éduquer le secteur de la restauration rapide qui doit fournir à sa clientèle davantage d'informations sur les ingrédients utilisés. C'est là une tâche qui incombe à l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation et nous l'acceptons.

Monsieur le président, voilà ma déclaration liminaire. M. Needham et moi-même sommes à votre disposition pour répondre à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Dover. Je voudrais vous féliciter de cet excellent mémoire que vous avez rédigé à si bref préavis. Merci infiniment.

Madame Copps, avez-vous des questions?

**Mme Copps:** Je vous remercie, monsieur le président.

Quand pensez-vous que ces brochures, que vous avez convenu de publier avec l'Association de l'information sur les allergies, seront disponibles dans les restaurants de vos membres?

**M. Douglas C. Needham (président, Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation):** La première étape consiste à élaborer un tableau d'allergènes normalisé, car nous voudrions afficher des tableaux que le consommateur puisse facilement consulter, où la présence d'oeufs sera toujours



[Text]

food identified at various locations on the chart. So step one is to develop a standardized chart.

We also want to receive the assistance of Health and Welfare Canada and the Allergy Information Association in identifying the key problem foods. So that is really the beginning.

The next step is to take it to the industry. We have already had discussions with many of the national chains who have indicated they are very willing and interested to implement it. So I suspect that within a matter of months these will start to be seen in Canadian restaurants.

**Ms Copps:** Mr. Dover, I understand your wife is an allergy sufferer.

**Mr. Dover:** My wife and one of my children, yes.

**Ms Copps:** So what do they do when they go to restaurants where they are not familiar with—

**Mr. Dover:** They do not have food allergies of that severe a restriction. But what they do is just avoid things through their knowledge of what they can have and what they cannot have.

**Ms Copps:** But what do they do if they go into a restaurant and they know what they can eat but they want to get that information? How do they get it?

**Mr. Dover:** They just know. The allergies in my family are very simple. My son had chocolate and caffeine for a while, and he has outgrown the caffeine one. So knowing the products that have those ingredients has been no problem. They have never had to ask.

**Ms Copps:** You obviously know one of the reasons I got involved in the issue is that there was the death of a young man in Burlington who was very aware of the fact that he was allergic to nuts but did not know there were nuts in an apple turnover.

**Mr. Dover:** Yes.

• 0945

**Ms Copps:** The other week I actually had a fast-food employee at Harvey's in Hamilton come up to me to say he hoped my bill went through. He said that people were always coming up and asking him what is in their food, and he does not know.

I wonder how you would get that information from restaurants if you are not familiar with the ingredients used in the preparation of the food.

**Mr. Dover:** Harvey's is a very good example. I used to be involved with that organization, so I am very, very familiar with it. Let us just take two hamburgers, one from McDonald's and one from Harvey's, and let us take a third hamburger from Joe's Hamburger Stand.

[Translation]

indiquée sur la ligne 3, par exemple, au lieu d'apparaître en divers endroits. La première étape consiste donc à dresser un tableau normalisé.

Nous souhaitons également bénéficier de l'aide du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et de l'Association sur l'information sur les allergies en vue de l'identification des principaux aliments allergènes. Voilà donc pour le début.

L'étape suivante consiste à le soumettre aux restaurateurs. Nous avons déjà entamé des discussions avec un grand nombre des chaînes nationales qui se sont montrées tout à fait prêtes à collaborer. Je pense donc que d'ici quelques mois vous pourrez trouver ces tableaux dans les restaurants canadiens.

**Mme Copps:** Monsieur Dover, je crois savoir que votre femme souffre elle-même d'allergies.

**M. Dover:** Ma femme et l'un de mes enfants, oui.

**Mme Copps:** Que font-ils donc lorsqu'ils vont dans des restaurants où ils ne connaissent pas. . .

**M. Dover:** Ils ne souffrent pas d'allergies alimentaires aussi graves. Ils évitent simplement les aliments qui leur posent des problèmes, puisqu'ils les connaissent.

**Mme Copps:** Comment font-ils s'ils vont dans un restaurant, en sachant ce qu'il faut éviter mais non pas ce qui est contenu dans les plats servis?

**M. Dover:** Ils savent ce qu'il faut éviter. Les allergies dans ma famille sont très simples. Mon fils était allergique au chocolat et à la caféine pendant un certain temps, mais il ne l'est plus à la caféine. Il ne leur est donc pas difficile d'éviter les aliments qui contiennent ces ingrédients et ils n'ont même jamais eu à rien demander.

**Mme Copps:** Vous savez sans doute que l'une des raisons qui font que je m'intéresse de près à cette question est qu'un jeune homme est décédé à Burlington, qui savait très bien qu'il était allergique aux noix mais ne savait pas qu'il y avait des noix dans un chausson aux pommes.

**M. Dover:** Oui.

**Mme Copps:** L'autre semaine, un employé du restaurant Harvey's de Hamilton m'a abordée pour me dire qu'il espérait que mon projet de loi allait être adopté. Il m'a dit que les clients lui demandent constamment ce qu'il y a dans ce qu'on leur sert, et il ne le sait pas.

Comment alors obtenir ces renseignements des restaurants si les employés eux-mêmes ne connaissent pas la composition du plat?

**M. Dover:** Les restaurants Harvey's, c'est un très bon exemple. J'y ai travaillé et je sais donc très bien ce qu'il en est. Prenons deux hamburgers: l'un de McDonald's et l'autre de Harvey's. Puis prenons-en un autre qui vient du Roi de la Patate.



[Texte]

All of the McDonald's ingredients are produced for McDonald's. They are produced under licence, just as it is with the company I am with, Red Lobster Canada. Many of our ingredients are produced for us to our specifications.

It makes it quite simple. If you order a *Big Mac* at McDonald's in Burlington or in Halifax, you are going to get exactly the same ingredients. If you order your hamburger at Harvey's you are not, because you decide what is on the hamburger.

**Ms Copps:** No, I understand that. You know, you look at onions and tomatoes: those are fairly self-explanatory.

**Mr. Dover:** Then there are the relishes and the hot peppers, and the hot peppers may have all different kinds of preservatives. But let us move to Joe's Hamburger Stand.

For example, Heinz produces mustard for Harvey's and have for the last 20 years, so when Harvey's orders mustard it is exactly the same. However, when Joe's Hamburger Stand orders their mustard, they will probably order according to price. It could come from a variety of manufacturers and could have different ingredients each time. Therefore when we get into labelling, I really have a lot of concern for the independent, and even for the up-to-10 unit chains. It is a problem before they can print it.

The reason we feel charts are such a good way to go about it... and also Doug mentioned a uniform chart whereby line 2 would always be egg or... Try to handle the 10 or maybe 15 most common allergy groups. Deal with it that way.

**Ms Copps:** From what you say right now it would be no problem for McDonald's to list all the ingredients on its *Big Mac*.

**Mr. Dover:** I cannot speak for McDonald's, but knowing what I know of their system, where you have one package for one item, it is much simpler than when you have a package that is, for example, a drink cup. It could be hot chocolate or coffee. My concern is that if we are not careful people will just list every possible ingredient that could be in there and would eliminate all products from all diets just to be safe. We would therefore like to start with the major food allergies, and the most serious ones.

**Ms Copps:** I can understand the concerns you expressed about individual operators. I think in the context of the private members' bill, I in fact stated that the definition of a franchise restaurant or a chain restaurant would be established by regulation, which would then permit the minister to look at whether it should six, ten, four. What is a reasonable approach for fast-food labelling? Obviously an individual restaurateur

[Traduction]

Tous les ingrédients des repas de McDonald's sont produits expressément pour son compte, sous licence, tout comme cela se fait dans la compagnie où je travaille, Red Lobster du Canada. Beaucoup de nos ingrédients sont produits pour nous selon nos spécifications.

Les choses sont donc très simples. Le *Big Mac* acheté chez McDonald's de Burlington ou d'Halifax aura exactement la même composition. Le hamburger acheté chez Harvey's sera différent parce que ce sont les clients qui décident des condiments.

**Mme Copps:** Cela va, cela je le comprends. Vous parlez des oignons et des tomates; c'est bien évident.

**M. Dover:** Puis, il y a les sauces condimentaires et les piments forts, qui peuvent contenir différents agents de conservation. Prenons maintenant le cas du Roi de la Patate.

Vous voyez, la compagnie Heinz fabrique la moutarde pour Harvey's depuis 20 ans; la moutarde de chez Harvey's est donc toujours la même. Le Roi de la Patate, lui, commandera probablement sa moutarde en fonction du prix. Elle pourra venir de fabricants différents et avoir une composition différente chaque fois. Lorsqu'il est question d'étiquetage, je m'inquiète beaucoup du cas des indépendants et même des chaînes d'une dizaine de restaurants. Il y a une difficulté avant même de songer à imprimer la composition.

C'est pourquoi je trouve que les tableaux sont une si bonne idée... Doug a aussi parlé d'un tableau standard où l'on trouverait toujours les oeufs à la deuxième ligne ou... Nous essaierons de nous occuper de la dizaine ou de la quinzaine de substances allergènes les plus courantes. Nous procéderons de cette façon.

**Mme Copps:** D'après ce que vous venez de dire, McDonald's n'aurait pas de difficulté à énumérer tous les ingrédients qui composent son *Big Mac*.

**M. Dover:** Je ne peux pas parler au nom de McDonald's, mais d'après ce que je sais de son mode de fonctionnement, avec un emballage pour chaque mets, la chose est beaucoup plus simple que lorsque l'emballage n'est qu'un verre, par exemple, qui pourrait contenir ou bien du chocolat chaud ou bien du café. Ce que je crains, c'est que si nous ne faisons pas attention, les gens vont énumérer tous les ingrédients possibles et éliminer toutes les substances associées à un régime particulier par mesure de sécurité. C'est pourquoi nous préférierions commencer d'abord par les principaux aliments allergènes, les plus graves.

**Mme Copps:** Je comprends vos craintes à propos des restaurateurs indépendants. Dans ma proposition de loi, j'ai prévu que «succursales d'une chaîne de restaurants» et «restaurants exploités par un concessionnaire» seraient définis par règlement, ce qui permettrait au ministre de déterminer si le chiffre devrait être de six, dix ou quatre. Quelle est la façon raisonnable d'aborder la question de l'étiquetage des aliments dans les restaurants-minute? Il

[Text]

is going to be going to be very hard pressed financially and otherwise to have every ingredient. . .

**Mr. Dover:** Well, it can go farther than that. You take a chain of delicatessens, which uses one wrapping for their sandwiches. You are going to have a massive, massive list. The reason we like the charts is that it is before the fact. You know, you pick up the chart when you go in.

Years ago I started and operated the Great Canadian Soup Company; and we were working together with allergy information. We were one of the first companies to have an allergy chart, but we had central control. All the soups were made in a central commissary and shipped out. It was a very simple menu and very simple to do.

The company I am with now would need a book, and we do a lot of things in seafood. For example, we do not make any sauces with shellfish in it. People who cannot eat shellfish just do not order shellfish, but very often they will get it in their sauce and have a violent reaction. So there are ways to work around it as well.

**Mr. Needham:** If I could just add to that, the allergy chart brings an educational component to a very diverse industry. As our chairman mentioned, there are 72,000 food service outlets in Canada. To deal with an issue such as this, which is very complex, we feel it is best to start with something like a chart. A chart is fairly basic, standardized, but it gets the industry thinking about the issue and encourages them to act on it, as well as helping to educate the public as to the issue. It is just not a simple issue, as you well know.

• 0950

**Ms Copps:** Certainly any step is a step in the right direction, but I think allergy sufferers are concerned about the fact that it may take you months to get the protocol, and it may take you months to get your list organized. It now being May of 1988, are you expecting that by, let us say, the spring of next year, which would be within your time table, a chart similar to the Kentucky Fried Chicken chart would be available and permanently displayed in all of your member restaurants?

**Mr. Needham:** It will never appear in all of our member restaurants. We are starting with the limited-menu restaurant, what you might call fast food.

**Ms Copps:** How do you define limited menu?

**Mr. Needham:** It is limited in the number of choices. A fast-food restaurant typically has a limited menu. They offer a select number of items. It is not a broad menu; you do not have a lot of different choices. But it is the place to start in the sense that they are chains, so they have some degree of central control over ingredients and knowledge.

[Translation]

est bien évident que le restaurateur indépendant aura beaucoup de mal financièrement à faire en sorte que chaque ingrédient. . .

**M. Dover:** Ecoutez, cela va plus loin que cela. Prenez une chaîne de charcuteries qui ne se sert que d'un seul emballage pour tous ses sandwichs. La liste va être longue comme le bras. Si j'aime l'idée du tableau, c'est que c'est connu d'avance. On prend une copie du tableau à l'entrée, et voilà.

Il y a quelques années, j'ai créé et exploité la compagnie appelée La Grande Soupe canadienne. Nous avons la coopération de l'Association de l'information sur les allergies. Nous avons été l'une des premières à avoir un tableau d'allergènes, mais l'opération était centralisée. Toutes les soupes étaient préparées dans une cuisine centrale puis livrées. Il s'agit d'un menu très simple, très facile à préparer.

Là où je travaille actuellement, il nous faudrait tout un livre et nous offrons beaucoup de fruits de mer. Par exemple, nous ne préparons aucune sauce contenant des mollusques ou des crustacés. Ceux qui ne peuvent pas en manger n'en commandent pas, c'est tout, mais souvent la sauce qui accompagne leur repas en contiendra et ils auront une réaction violente. Il y a donc des façons de contourner cette difficulté aussi.

**M. Needham:** Le tableau des allergènes ajoute une dimension de vulgarisation à une industrie très diversifiée. Comme notre président l'a dit, il y a 72,000 restaurants au Canada. Pour s'occuper d'une question comme celle-là, qui est très complexe, nous trouvons qu'il vaut mieux commencer par quelque chose comme un tableau. C'est élémentaire, standard, et cela amène le secteur de la restauration à réfléchir à la question, à faire quelque chose, et à sensibiliser la population. La question n'est pas simple, comme vous le savez.

**Mme Copps:** Évidemment, l'action est préférable à l'inaction mais ceux qui souffrent d'allergie craignent que vous ne mettiez des mois à obtenir le protocole, puis longtemps encore avant de vous entendre sur la liste. Nous sommes maintenant en mai 1988. Pensez-vous que d'ici au printemps prochain, mettons, ce qui serait dans les temps que vous vous êtes fixés, un tableau semblable à celui du Poulet frit à la Kentucky pourrait être prêt et affiché en permanence dans tous vos restaurants affiliés?

**M. Needham:** Il ne sera jamais affiché dans tous nos restaurants. Nous commençons par les restaurants à menu limité, les restaurants à service rapide.

**Mme Copps:** Qu'entendez-vous par menu limité?

**M. Needham:** C'est le choix qui est limité. Par définition, un restaurant-minute offre un menu limité. Un nombre restreint de plats. Le menu n'est pas étendu, il n'y a pas beaucoup de choix. Mais c'est là qu'il faut commencer parce qu'il s'agit de chaînes où la composition des plats est centralisée. Parce que le menu



[Texte]

Because they have a limited menu, it is a manageable place to identify and provide the information.

The full-service restaurant is another problem altogether. I think if we are very realistic, we realize that it will always be difficult to handle. If we look at an independent, full-service restaurant with a broad menu—daily specials, soup de jour—you have chefs changing ingredients on a daily basis, on an hourly basis in some cases. To require that kind of establishment to produce a printed list is courting disaster, in our view, to the degree that, yes, they may produce a list, but during the day perhaps the chef may run out of the soup de jour and change the menu item.

**Ms Copps:** Are you familiar with the bill introduced on February 2, 1987, in the U.S. House of Representatives, a labelling requirement which was introduced by Mr. Solarz?

**Mr. Needham:** Was that not Senator Chaffee?

**Ms Copps:** It is sort of following through on the same legislation, but the specific bill was introduced in February of 1987 in the House of Representatives. It had to do with labelling requirements.

**Mr. Needham:** Yes, I am generally familiar with it.

**Ms Copps:** In the United States, McDonald's has already begun a test program in the state of New York. What would prevent McDonald's from extending that?

**Mr. Needham:** In terms of ingredient listing?

**Ms Copps:** Yes.

**Mr. Needham:** As I understand, from our meetings with McDonald's, they had planned to do an ingredient chart for the past 12 months, and in fact I have evidence that they were in the process of doing so. They are really hung up, as I understand it, in terms of nutritional aspects, not the ingredient aspects.

McDonald's is a very special case, and it is very well systemized company. As Mr. Dover said, they specify to their suppliers precisely what ingredients are going to be in, and even more so they do spot checks and ensure it. We are talking about a large multinational company with more than a billion dollars in sales in Canada. That is not typical of the food service industry.

Just on the U.S. legislation, I think it is interesting to note that the Food and Drug Administration in the United States did look at fast-food package labelling in 1979 and rejected it. They felt it just was not a practical measure.

**Ms Copps:** This bill is 1987.

**Mr. Needham:** That is right, and my colleagues in the National Restaurant Association in Washington have indicated they do not expect it to pass. Activities by the industry have pre-empted it.

[Traduction]

est limité, il est possible de déterminer les ingrédients et de fournir l'information.

Le restaurant normal, c'est une tout autre affaire. Il faut être réaliste, il faut voir la difficulté de la chose. Dans un restaurant indépendant normal qui offre un vaste menu: menu du jour, soupe du jour—le chef change les ingrédients de jour en jour, d'heure en heure dans certains cas. Exiger d'un établissement comme celui-là qu'il affiche une liste préparée d'avance, c'est courir après le désastre parce que dans le courant de la journée, le chef se trouvera à court d'un plat et devra changer le menu, malgré la liste.

**Mme Copps:** Avez-vous entendu parler d'une proposition de loi présentée le 2 février 1987 à la Chambre des représentants des États-Unis par M. Solarz, qui rendrait l'étiquetage obligatoire?

**M. Needham:** Est-ce que ça ne venait pas du sénateur Chaffee?

**Mme Copps:** Cela y fait plus ou moins suite, mais celle-ci a été présenté en février 1987 à la Chambre des représentants. Elle porte sur l'étiquetage.

**M. Needham:** Oui, je la connais dans ses grandes lignes.

**Mme Copps:** Aux États-Unis, McDonald a déjà entrepris un programme pilote dans l'État de New York. Qu'est-ce qui empêcherait McDonald de généraliser l'expérience?

**M. Needham:** Vous parlez de la liste des ingrédients?

**Mme Copps:** Oui.

**M. Needham:** D'après mes rencontres avec McDonald, la compagnie envisage un tableau des ingrédients depuis une douzaine de mois: j'ai même des preuves qu'elle s'en occupe actuellement. Si j'ai bien compris, la compagnie est tombée sur un os en ce qui concerne la valeur nutritive, non pas la liste des ingrédients.

McDonald est un cas d'espèce. C'est une compagnie hautement systématisée. Comme M. Dover l'a dit, elle donne à ses fournisseurs la liste précise des ingrédients qui entrent dans la composition des mets et vérifie qu'elle est suivie à l'aide de contrôles au hasard. Il s'agit ici d'une grande multinationale dont le chiffre d'affaires s'élève à plus d'un milliard de dollars au Canada. Elle n'est pas représentative du secteur de la restauration.

Pour ce qui est de la loi américaine, je note avec intérêt que la Food and Drug Administration des États-Unis s'est effectivement penchée sur l'étiquetage des repas-minute en 1979 et a rejeté l'idée. Elle a conclu que l'idée n'était pas pratique.

**Mme Copps:** Cette proposition de loi date de 1987.

**M. Needham:** C'est vrai, et mes collègues de la National Restaurant Association de Washington m'ont appris qu'ils ne s'attendent pas à ce qu'elle soit adoptée. Le secteur de la restauration l'a battue de vitesse.



[Text]

**Ms Copps:** A pre-emptive strike by the restaurant industry. In terms of the pre-emptive strike, I can certainly sympathize with how this is going to be applied in every restaurant across the country, but if you do have major chains that already know the contents of their food, why are they afraid to make this information available to the public?

**Mr. Dover:** I do not think they are afraid. Nothing is really much simpler than a KFC outlet. You have chicken, a bread item, and four salads that are commissary prepared, and what not. It is very, very simple. Even McDonald's is not what it was when it started 15 years ago in Canada. They originally had hamburgers and cheeseburgers, and that was it. They have gone to a much more expanded menu.

**Ms Copps:** But if you take a look at packaging, McDonald's packaging is very jazzy. They spend a lot of money enticing people to buy the *McDLT*, the *McNugget* and the *McChicken*. Why can they not just put on the "McIngredients" at the same time?

• 0955

I am not being totally facetious. They know exactly what is in their *Big Mac*, and it would not take a whole lot for a tool and die stamp to be struck that would include specifically those pre-boxed items. Those boxes carry only *Big Macs*. They are not switching their item boxes around. It would not take a lot for them to tell the public exactly what is in a *Big Mac*.

**Mr. Needham:** I guess you would have to ask McDonald's that. All I can say is that they are not typical of the industry. They are an extraordinary company. The rule of thumb in this industry is that packaging or containers are for multiple use and that they can have a variety of different foods in them.

**Ms Copps:** Let us face it, the discussions on food labelling or food information of some kind have been going on for a long time. I think they first show up federally in *Hansard* in the 1960s. Are you not concerned about the possibility of legal liability towards your member organizations for reactions to food that could include anything from hospitalization to death?

**Mr. Needham:** Legal liability exists in all facets. If you produced a list and your supplier were to change a particular ingredient in an item that led to a death, you would be liable as well. In all honesty, I can tell you that legal liability is not a question that has come up in our discussions with food service companies. The concern is how to get—

**Ms Copps:** I ask that because I do not believe there has been a suit yet in Canada over the labelling issue. Has there been?

[Translation]

**Mme Copps:** Une attaque préventive par le secteur de la restauration. J'imagine bien que cette attaque préventive sera menée dans tous les restaurants du pays, mais si les grandes chaînes connaissent déjà la composition de leurs mets, pourquoi craignent-elles de rendre cette information publique?

**M. Dover:** Je ne pense pas qu'on puisse parler de crainte. Il n'y a rien de plus simple qu'un restaurant de poulets frits à la Kentucky. Il y a du poulet, une tranche de pain et quatre salades confectionnées en cuisine, et Dieu sait quoi encore. C'est la simplicité même. Même McDonald's n'est plus ce qu'elle était à ses débuts il y a 15 ans au Canada. Au début, il n'y avait qu'un hamburger et qu'un cheeseburger. Le menu s'est beaucoup étendu.

**Mme Copps:** Mais si on regarde les emballages de McDonald's, ils sont très accrocheurs. La compagnie dépense beaucoup d'argent pour inciter les gens à acheter le *McDLT*, les *McCroquettes* et le *McPoulet*. Pourquoi ne peuvent-ils pas inscrire en même temps les «McIngrédients»?

Je ne plaisante pas tout à fait. Ils savent exactement ce qu'il y a dans leur *Big Mac*, et il ne serait tout de même pas très difficile d'avoir un tampon spécial pour ces boîtes. Ces boîtes ne servent qu'à emballer les *Big Mac*. Ces boîtes ne sont pas tout-usage. Dire au public exactement ce qu'il y a dans un *Big Mac* ne leur coûterait pas grand-chose.

**M. Needham:** Vous devriez poser la question à McDonald's. Tout ce que je peux dire, c'est qu'ils ne sont pas un exemple typique de notre industrie. C'est une compagnie extraordinaire. En règle générale, dans notre industrie, les emballages ou les contenants sont à usage multiple et peuvent contenir toutes sortes d'aliments différents.

**Mme Copps:** Soyons francs, les discussions sur l'étiquetage des aliments, sur l'information du public, durent depuis fort longtemps. Je crois que sur la scène fédérale, il en est question pour la première fois dans le *Hansard* dans les années 1960. Ne craignez-vous pas que la responsabilité légale de certains de vos membres pour des réactions aux aliments allant de la simple hospitalisation au décès puisse être mise en cause?

**M. Needham:** La responsabilité légale est présente partout. Si vous reproduisez une liste d'ingrédients et que votre fournisseur change un de ces ingrédients et qu'il soit la cause du décès d'un consommateur, vous êtes également tenu responsable. En toute honnêteté, je vous avouerai que cette question de responsabilité légale n'a pas été soulevée pendant nos discussions avec les compagnies de restauration. Le problème c'est comment...

**Mme Copps:** Je pose la question car je ne crois pas qu'il y ait jamais eu Canada de poursuite intentée pour cette raison. N'est-ce pas?

[Texte]

**Mr. Needham:** I am not aware of one.

**Ms Copps:** I understand there is one under consideration. I think you have an interest also in responding, and you have responded obviously much more quickly than the minister has.

**Mr. Dover:** Just to close off on what you are saying, that has not come up yet. We have not addressed the liability. We have liability issues on alcohol and what not in our industry that are really of monstrous proportions.

I think we should really keep in mind that we are aware of the problem; we want to do something, and we feel from an application's point of view that we can do better with a chart and getting more operators involved in a chart. If McDonald's do it—and they have the specialized packaging and what not—to me that does not solve the problem because there are probably as many hamburgers eaten from independents, at food fairs, at sidewalk carts. So what we are trying to do is find something that is easy, whereby people who are not necessarily very sophisticated could get some help to put a chart together at very low cost.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Welcome to Mr. Dover and Mr. Needham.

We are certainly talking about a serious problem here. At the beginning of your brief, you talk about victims who have varying degrees of consciousness about their food allergies. I was one of those. I had a reaction a couple of times and I had no idea I was allergic to what I was eating. It was not severe, fortunately, and it seems to have disappeared. Therefore, allergies come and go, as you mentioned regarding your son with respect to chocolate, Mr. Dover.

I wonder if you can briefly tell us—and I know you do not have medical backgrounds; I certainly do not either—the history of allergic foods in the last 50, 60 or 70 years. Is this a new phenomenon that is suddenly increasing dramatically in North America or it is something that has been around for a long, long time? Is it now peaking? Can you quantify that in any way with a bit of history?

**Mr. Dover:** I do not have any information on that at all.

**Mr. Needham:** No, and I think one of the biggest problems with this issue is that the medical community does not have a particularly good understanding of allergies in terms of their extent within the population or the severity or whether it is on the increase. We have talked to Health and Welfare Canada and to the Allergy Information Association about that, and really there is nothing available. It is only estimates. The same holds true for the United States.

[Traduction]

**M. Needham:** Pas que je sache.

**Mme Copps:** Sauf erreur, il y en a une qui se prépare. Je crois également que votre intérêt est de réagir, et de toute évidence vous avez réagi beaucoup plus rapidement que le ministre.

**M. Dover:** J'ajouterais simplement que ce n'est pas encore à l'ordre du jour. Nous ne nous sommes pas penchés sur la question. Notre industrie fait face à des problèmes de responsabilité légale concernant l'alcool, entre autres, problèmes aux proportions véritablement monstrueuses.

Il faudrait bien comprendre que nous sommes conscients du problème, que nous voulons faire quelque chose, et que sur le plan pratique nous pensons arriver à de meilleurs résultats avec un tableau et une participation accrue des intéressés. Que McDonald's le fasse—theurs emballages sont personnalisés, etc.—n'est pas pour moi la solution au problème car il y a probablement autant de hamburgers fabriqués par des indépendants, dans les foires, au bord des trottoirs, qui sont mangés. Nous essayons donc de trouver une solution simple, un tableau de coût modique, pour aider de simples petits commerçants.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Bienvenue, messieurs Dover et Needham.

Certes, il s'agit d'un problème sérieux. Au début de votre mémoire, vous parlez de victimes qui ne sont pas toujours au courant de leurs propres allergies alimentaires. J'en étais une. J'ai eu une ou deux fois des réactions bizarres et je n'avais aucune idée qu'il s'agissait d'une allergie à ce que je mangeais. Heureusement, ce n'était pas grave, et cela semble avoir disparu. Par conséquent, les allergies vont et viennent, comme dans l'exemple de votre fils au sujet du chocolat, monsieur Dover.

Pourriez-vous nous faire brièvement—et je sais que vous n'avez pas les compétences médicales nécessaires, pas plus que moi d'ailleurs—l'historique des allergies alimentaires des 50, 60 ou 70 dernières années? Est-ce un phénomène nouveau qui a tout d'un coup pris une importance croissante en Amérique du Nord ou est-ce quelque chose qui existe depuis très longtemps? Sommes-nous au sommet de la vague? Pouvez-vous me donner des chiffres et me faire un petit historique?

**M. Dover:** Je n'ai absolument aucun renseignement de cet ordre.

**M. Needham:** Non, et je crois qu'un des plus gros problèmes justement est que le monde médical est assez perplexe devant ces allergies et relativement incapable de mesurer son incidence dans la population, sa gravité ou son évolution. Nous en avons parlé à Santé et Bien-être Canada et à l'Association de l'information sur les allergies et en vérité, il n'y a pratiquement rien. Ce ne sont que des suppositions. C'est la même chose aux États-Unis.



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** One of the things you also talk about is the timeliness in terms of information being available to consumers prior to ordering or purchasing. If you do not know you have an allergy, then you cannot be aware. There is no prior problem. As I said, it happened to me, but it has gone away.

• 1000

**Mr. Dover:** Yes. There is really no way we can protect anyone against the first awareness—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** That is right.

**Mr. Dover:** —unless the person goes out and has himself tested.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You also spoke of being at the mercy of suppliers who change ingredients. Now, I am getting off the chain restaurants, which have I guess what you call in your industry "quality control". They know exactly what they are buying and what price and what quantity, etc. If I own a little restaurant somewhere, then I am at the mercy of my suppliers. Ingredients change and I do not know what they are all the time. As you have said, cooks change as well and they may throw something different in the soup. What logistical problem does that present to the average little restaurant owner in terms of being able to supply information to customers who ask for it?

**Mr. Dover:** That is really a very serious problem, which we do not know how to address. We have to be careful not to go from the giant chain to the single independent because there is a whole continuum in between. In fact, people would not have purchasing people on hand who could do the analysis probably until 30 or 40 units, restaurants in a chain.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right.

**Mr. Dover:** In our firm, when we get our tartar sauce produced for us with fresh ingredients, we spot check: pull a gallon, put it in the lab and break it down. But if we had eight restaurants we could not afford to do that. It is only because of size that we can. If you just look at ketchup or pickles, things of that nature, from manufacturer to manufacturer there will be a big variance. In the wholesale part of the industry, the real problem is running out of a product and substituting. The restaurateur does not get quite what he ordered. He has a printed menu, so he just makes do with what he gets.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** So how do people, whether they have two, three, four, or five restaurants, who do not have the resources to allow them to print new sheets every day, or every week, or every month, for that matter, cope with this question of alerting customers? I suspect they are the vast majority of the 72,000.

[Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez également rappelé l'importance qu'il y avait à ce que les consommateurs soient informés avant qu'ils ne passent leurs commandes ou qu'ils fassent leurs achats. Si on ne sait pas qu'on a une allergie, on n'y pense pas. Il n'y a pas de problème a priori. Comme je vous l'ai dit, ça m'est arrivé, mais ça n'a pas duré.

**M. Dover:** Oui. Il nous est absolument impossible de faire quoi que ce soit pour ceux qui ne savent pas. . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Exactement.

**M. Dover:** . . . il faut qu'il passe des tests.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez également dit que les restaurateurs sont à la merci de fournisseurs qui changent des ingrédients. Oublions les chaînes de restaurants qui, je le suppose, procèdent, comme vous dites dans votre industrie, à des «contrôles de qualité». Elles savent exactement ce qu'elles achètent, à quel prix, en quelle quantité, etc. C'est si je suis le propriétaire d'un petit restaurant que je suis à la merci de mes fournisseurs. Les ingrédients changent et je ne suis pas toujours au courant. Comme vous l'avez dit tout à l'heure, les chefs changent parfois eux aussi ce qu'ils mettent dans la soupe. Quels problèmes d'intendance cela pose-t-il au petit restaurateur s'il veut fournir des renseignements au client qui les lui demande?

**M. Dover:** C'est un problème très grave que nous ne savons pas comment aborder. Il faut faire attention à ne pas passer de la chaîne géante aux petits indépendants car il y a toute une série de catégories intermédiaires. En fait, tant qu'une chaîne ne compte pas au moins 30 ou 40 restaurants, elle n'a pas d'acheteur spécialisé pour ce genre de travail.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Exactement.

**M. Dover:** Dans notre compagnie, quand nous recevons notre sauce tartare qui est préparée pour nous avec des ingrédients frais, nous procédons à des vérifications ponctuelles: notre laboratoire prend un gallon et l'analyse. Mais si nous n'avions que huit restaurants, nous ne pourrions nous le permettre. Seule notre taille nous le permet. Prenez simplement le ketchup ou les cornichons, des articles de ce genre. D'un fabricant à un autre il y a des différences énormes. Dans notre industrie, au niveau des achats, le gros problème c'est quand un produit manque et qu'il est remplacé. Le restaurateur ne reçoit pas tout à fait ce qu'il a commandé. Son menu est imprimé, il fait donc de son mieux avec ce qu'il a.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Dans ce cas, comment ceux qui ont deux, trois, quatre ou cinq restaurants, qui n'ont pas les moyens d'imprimer de nouveaux menus tous les jours, toutes les semaines ou même tous les mois, comment font-ils pour prévenir leurs clients? Je suppose qu'ils représentent la grande majorité de ces 72,000 restaurants.



[Texte]

**Mr. Dover:** They are, yes.

**Mr. Needham:** Independents make up 78% of the industry.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** How would they best manage this if the government, for example, were to introduce new regulations or even a law, for that matter? I would suspect that they would not be happy about it.

**Mr. Dover:** It would be very difficult.

**Mr. Needham:** I think it is questionable whether they could handle it, in all honesty. Just the sheer volume of ingredients boggles the mind. A simple slice of cheese has 10 or 12 ingredients in it and that is a very basic ingredient in a menu.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** To which a lot of people are allergic.

**Mr. Needham:** Yes.

**Mr. Dover:** That is why I think the KFC approach, where they took the major allergy groups and then made them—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you mean Kentucky Fried Chicken?

**Mr. Dover:** Yes, sorry. They took the major groups and worked at it that way. When I worked on one several years ago that is the way we finally had to do it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** To follow up on what Ms Copps said, I am curious to know in the event of an accident who is liable.

**Mr. Needham:** I guess the courts would decide that.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you not eat at your own risk?

**Mr. Needham:** I would think so, but—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I do not recall any court cases—

**Mr. Dover:** Over the years there have been several cases of food illnesses before the courts. That generally winds up involving the restaurateur; it could involve the supplier, it can go right back through the chain.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I do not want you to misinterpret this, because we are dealing with some serious problems here, but are we overreacting to this situation right now?

**Mr. Needham:** I would not say so. I think the tragedies that have occurred in the last eight or ten months perhaps have served some good purpose in terms of increasing awareness within our industry, among consumers, and among the health authorities about the problem of food allergies. I think that is good. We serve the public and we have, I guess bluntly put, a vested interest in the well-being of our customers. In that sense this issue has been beneficial for our business.

[Traduction]

**M. Dover:** Oui.

**M. Needham:** Les indépendants comptent pour 78 p. 100 de notre industrie.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Comment feraient-ils si le gouvernement, par exemple, introduisait de nouveaux règlements, voire une nouvelle loi? Je suppose qu'ils ne seraient pas très contents.

**M. Dover:** Ce serait très difficile.

**M. Needham:** En toute honnêteté, je doute qu'ils puissent y arriver. La quantité d'ingrédients utilisés est tout simplement effrayante. Dans une simple tranche de fromage il y a de 10 à 12 ingrédients, et dans un menu c'est un ingrédient de base, le fromage.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Et beaucoup de gens y sont allergiques.

**M. Needham:** Oui.

**M. Dover:** C'est la raison pour laquelle je pense que l'approche de KFC regroupant les principaux groupes allergènes puis...

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous voulez dire Kentucky Fried Chicken?

**M. Dover:** Oui, je m'excuse. Ils ont pris les groupes principaux et sont partis de là. Quand j'y travaillais il y a plusieurs années, c'est la solution qu'il a fallu finalement adopter.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pour en revenir à ce que disait M<sup>me</sup> Copps, en cas d'accident, qui est responsable?

**M. Needham:** Ce sont les tribunaux qui décident.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ne mange-t-on pas à ses propres risques?

**M. Needham:** C'est mon avis, mais...

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je ne me souviens pas d'affaire...

**M. Dover:** Les tribunaux ont déjà été saisis de plusieurs affaires de maladie provoquée par des aliments. Généralement le restaurateur se retrouve impliqué, parfois le fournisseur. Ça peut remonter toute la chaîne.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ne vous méprenez pas sur ce que je vais dire, il s'agit de problèmes graves dans certains cas, mais est-ce que nous ne réagissons pas de manière exagérée actuellement?

**M. Needham:** Je ne le penserais pas. Je crois que les tragédies des huit ou dix derniers mois ont été, si j'ose dire, salutaires dans la mesure où elles ont sensibilisé davantage notre industrie, les consommateurs et les responsables de la santé au problème des allergies alimentaires. Je crois que c'est une bonne chose. Nous servons le public et, pour être tout à fait francs, le bien-être de nos clients nous intéresse directement. Dans cette mesure, notre industrie a bénéficié de ce problème.

[Text]

[Translation]

• 1005

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Would you speak on behalf of that 78% who might say they cannot possibly cope with any new regulations or a new law, and although it is serious and there have been some unfortunate situations, you are overreacting, and they want to be left alone?

**Mr. Needham:** That is not the reaction we have had from our people. The 78% of independents are owner-operated and as such they know their customers personally, unlike a chain, which is a different situation. I do not think the food allergy problem is going to go away or that people are going to become less interested in ingredients. In fact consumers are becoming more interested in ingredients, in their personal health, in the manner in which their food is prepared. I have a survey from Gallup of Canada which shows that the number one interest of restaurant consumers in Canada today is whether a product is fresh or frozen. Ingredient information is a distant second. Nevertheless consumers are more sophisticated and more interested, and part of our role as an association is to inform them and to help provide that information.

**Mr. Dover:** There is a very strong trend to healthier preparation methods; the percentage of fried foods is falling off every year as compared to broiled or grilled foods or items like that. It seems to be all part of that same trend.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We are becoming more health conscious, eating less fat.

I have one last quick question to Mr. Dover. Since the incident last year with the mussels, can we safely say that your sales are back up to normal?

**Mr. Dover:** Yes, we are back to where we were prior to it. It was quite a struggle but we are back.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good for you.

**Ms Mitchell:** I must apologize for being a bit late. I have been trying to skim your brief. I jotted down four things that probably we should be focusing on. What do you see as a priority? You mentioned the use of a chart by an industry which, I gather, is limited to only certain kinds of industries. The second one is, as Sheila mentioned, whether or not we should have a labelling bill similar to the one in the United States. Do you feel this is practical? I guess the third obvious thing is that customers must beware; it is really up to customers to ask what is in the food, but that means restaurants have to be much more conscious and take the time to provide information, which a lot of small restaurants with limited staff are not likely to do. The fourth point I jotted down was general education so we are much more aware about allergies and how to avoid the after-effects. Would you agree that those are the main kinds of emphasis?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ne pensez-vous pas que ces 78 p. 100 pourraient dire que des nouveaux règlements ou une nouvelle loi leur poseraient de gros problèmes et que, bien que la question soit grave et qu'il y ait eu des accidents malheureux, votre réaction est exagérée et qu'ils préféreraient qu'on les oublie?

**M. Needham:** Ce n'est pas la réaction de nos membres. Ces 78 p. 100 d'indépendants sont propriétaires exploitants et à ce titre, ils connaissent personnellement leurs clients, contrairement aux chaînes, et la situation est donc différente. Je ne crois pas que les problèmes d'allergie alimentaire finissent par disparaître ou que le public finisse par s'intéresser moins aux ingrédients. Les consommateurs s'intéressent de plus en plus aux ingrédients, à leur santé personnelle, à la manière dont leur nourriture est préparée. J'ai un sondage de l'Institut Gallup du Canada qui montre que la question qui intéresse le plus les clients de restaurants au Canada aujourd'hui est de savoir si les produits sont frais ou congelés. Les renseignements sur les ingrédients viennent loin derrière. Néanmoins, les clients sont plus difficiles et plus intéressés, et un des rôles de notre association est de les informer et de faire ce qu'il faut pour qu'ils soient informés.

**M. Dover:** On nous réclame de plus en plus des méthodes de préparation plus saines; le pourcentage d'aliments frits perd du terrain tous les ans, comparé aux aliments rôtis ou grillés, par exemple. Cela semble faire partie d'une même tendance générale.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Nous faisons de plus en plus attention à notre santé, nous mangeons moins de graisse.

J'ai une dernière petite question à poser à M. Dover. Depuis l'incident de l'année dernière avec les moules, peut-on dire que vous êtes revenus à votre chiffre d'affaires normal?

**M. Dover:** Oui, nous sommes revenus aux chiffres précédant cet incident. Ça a été dur, mais ça y est.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Tant mieux pour vous.

**Mme Mitchell:** Je dois m'excuser d'être arrivée en retard. J'ai essayé de parcourir votre mémoire. J'ai noté quatre choses auxquelles nous devrions probablement prêter toute notre attention. Quelle est la priorité pour vous? Vous avez parlé de l'utilisation d'un tableau par une industrie qui, je suppose, n'est limité qu'à certaines sortes d'industries. Deuxièmement, comme Sheila l'a mentionné, il faut nous demander si nous devrions avoir un projet de loi sur l'étiquetage analogue à celui des États-Unis. Pensez-vous que cela soit pratique? Je crois que la troisième chose évidente est que c'est au consommateur d'être sur le qui-vive, c'est à eux de demander ce qu'il y a dans la nourriture, mais cela signifie que les restaurants doivent être beaucoup plus conscients et prendre le temps de fournir ces renseignements, ce que beaucoup de petits restaurants au personnel limité ne sont pas près de faire. Quatrièmement, une campagne générale d'éducation afin



[Texte]

**Mr. Needham:** I think those have been the issues we have all been dealing with per se.

**Ms Mitchell:** I was not quite clear about the use of a chart. I guess I came in a little bit late on that. Would you mind just explaining it again? That is really limited to larger chains, is it?

**Mr. Needham:** That is where we plan to start because by and large the chains are centrally controlled; they are more systemized than, say, an independent restaurant operator. The national fast-food or what we call "quick service" chains have limited menus, so it is a manageable number of menu items. We feel that is a good place to start. We have talked to 24 national chains in Canada who control 3,500 outlets; 22 of them said that they are willing to work with us on a chart. The other two just have not responded to our survey and I suspect they will follow.

The important thing in our mind is that the industry leaders are committed to this and we believe the rest of the industry will follow.

The next stage of course is the independents and the broader-menu restaurants. These are a much more complex problem. I think we are just going to have to work further on that with those people. We are just going to have to work further on that, first on increased awareness with those people so they can start to handle ingredient requests from their customers in a more accurate and a more serious vein. Two years ago a request about ingredients was construed as a like or dislike kind of thing. In the past few months our industry has started to realize that this is more like a life-threatening situation that could occur and that more of that education is required for these people.

• 1010

**Ms Mitchell:** I wonder to what degree your association includes all restaurateurs. I am thinking particularly of the Chinese community, to which I have a lot of connections. Going to a lot of dinners, I am constantly exposed to MSG, to which I am allergic. I have a vested interest here. I am just using that as an example. Are they affiliated with your organization, and what could be done in that particular area?

It always seems to me that first of all there should be an alternative menu that does not have MSG, and I am just wondering, if they are connected with your association, how you would work with that particular segment of cultural foods.

[Traduction]

que nous soyons plus renseignés sur les allergies et que nous sachions en éviter les conséquences. Êtes-vous d'accord avec ces quatre points principaux?

**M. Needham:** Ce sont les points sur lesquels ont porté nos efforts.

**Mme Mitchell:** Je n'ai pas très bien compris l'utilisation de ce tableau. Je suppose que je suis arrivée un petit peu en retard. Cela vous dérangerait-il de me le réexpliquer? C'est en fait limité aux grandes chaînes, n'est-ce pas?

**M. Needham:** C'est de là que nous voulons partir parce que d'une manière générale, les chaînes sont soumises à un contrôle central; elles sont plus systématisées que, disons, les restaurateurs indépendants. Les chaînes nationales de restauration rapide, de «service rapide» selon notre expression, ont des menus limités, donc un nombre de plats plus facile à gérer. Nous pensons que c'est un bon endroit pour commencer. Nous avons parlé à 24 chaînes nationales au Canada qui contrôlent 3,500 points de vente; 22 d'entre elles nous ont dit qu'elles étaient disposées à réfléchir avec nous à un tableau. Les deux autres n'ont tout simplement pas répondu à notre questionnaire, mais je suppose qu'elles suivront.

À nos yeux, ce qui importe, c'est que les chefs de file de l'industrie montrent l'exemple et à ce moment-là, nous pensons que le reste de l'industrie suivra.

L'étape suivante, bien entendu, concerne les indépendants et les restaurants à menus plus variés. Ils posent un problème beaucoup plus complexe. Il nous faudra simplement travailler un peu plus avec ces gens-là. Nous allons devoir poursuivre nos efforts pour sensibiliser ces gens au problème et les amener à donner des réponses plus sérieuses et plus exactes à leurs clients qui leur demandent la liste d'ingrédients. Il y a deux ans, quand une personne demandait une liste d'ingrédients, on la soupçonnait de le faire pour une question de goût. Depuis quelques mois, notre secteur a commencé à comprendre que la vie des gens pourrait être menacée et qu'il vaut donc mieux sensibiliser les restaurateurs au problème.

**Mme Mitchell:** Je me demande dans quelle mesure votre association représente tous les restaurateurs. Je songe plus particulièrement à la collectivité chinoise avec laquelle j'ai de nombreux rapports. Comme j'assiste à de nombreux dîners, je suis constamment exposée au monoglutamate de sodium, produit auquel je suis allergique. Je défends donc mes propres intérêts. Ce n'est qu'un exemple que je vous donne. Les restaurateurs chinois sont-ils membres de votre association et que pourrait-on faire à cet égard?

Il me semble d'abord qu'ils pourraient offrir un choix de plats qui ne contiennent pas de MSG et je me demande si ces restaurateurs sont membres de votre association et quelle influence vous pourriez exercer sur cette collectivité culturelle.



[Text]

**Mr. Needham:** We communicate. There is a small Chinese restaurant association, and we do communicate with them and share information on issues such as that.

**Ms Mitchell:** But that is not likely to have much impact.

**Mr. Needham:** That remains to be seen. A combination is required here, and it is push and pull: push the industry, with the consumer pulling on the other end. I can tell you right now that if the consumers ignore or do not seek this kind of information then the interest in the industry is going to wane over time. The consumer has to be active, as well as the industry.

**Ms Mitchell:** With the Chinese community, of course, there is the whole cultural aspect—

**Mr. Needham:** Yes.

**Ms Mitchell:** —and it would be extremely difficult to do something.

**Mr. Dover:** You get into the supreme problem of recipe control, because most of the recipes are created as the dish is being created.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Every morning.

**Mr. Dover:** Yes, every morning or when the shift changes.

**Ms Mitchell:** With the chef changing constantly, yes.

**Mr. Dover:** But that is no different from the other full-service restaurants, especially the independent and the upscale restaurant where the chef tries to keep the recipe a secret and they do their thing.

**Ms Mitchell:** On the whole question of more general public education, do you think Health and Welfare could be doing anything more to make people aware and also to make food providers more aware of the problems of allergies?

**Mr. Needham:** Yes, I think they could. But I would prefer that they hold off until we have the standardized allergy chart finalized and have it being introduced into the restaurants. Then I think a fairly significant consumer campaign is required to get the general public to familiarize them with the standard chart and to get people more conscious of the fact that these are beginning to appear and actually, perhaps, do a little prodding with those establishments that may not respond.

**Ms Mitchell:** What do you think, more specifically, the federal government could do in the way of public education, consumer education?

**Mr. Needham:** Better understanding of the problem, and also an explanation of the allergy chart itself and what it is.

**Ms Mitchell:** Through pamphlets or TV? I am just trying to envisage what we are talking about here.

[Translation]

**M. Needham:** Nous communiquons. Il existe une petite association des restaurateurs chinois; nous communiquons avec elle et nous partageons l'information sur des questions comme celle-ci.

**Mme Mitchell:** Mais cela a probablement peu d'effets.

**M. Needham:** Cela reste à voir. Il faut que des pressions soient exercées en même temps par l'industrie et par les consommateurs. Je peux vous dire dès maintenant que si le consommateur n'agit pas et ne cherche pas à obtenir ce genre d'information, alors l'industrie se démobilisera. Il faut que le consommateur agisse en même temps que l'industrie.

**Mme Mitchell:** Dans le cas de la collectivité chinoise, bien sûr, il y a toute la dimension culturelle. . .

**M. Needham:** Oui.

**Mme Mitchell:** . . . et il serait très difficile d'obtenir des résultats.

**M. Dover:** Cela fait intervenir l'épineux problème du contrôle des recettes qui sont pour la plupart créées en même temps que le plat.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Tous les matins.

**M. Dover:** Oui, tous les matins ou chaque fois qu'une nouvelle équipe vient au travail.

**Mme Mitchell:** En plus, le chef change constamment.

**M. Dover:** Mais la même situation existe dans les autres restaurants à service complet, particulièrement dans les restaurants indépendants et haut de gamme où le chef essaie de garder secrètes ses recettes.

**Mme Mitchell:** Sur cette question de l'éducation de la population, croyez-vous que Santé et Bien-être Canada pourrait prendre d'autres mesures pour mieux sensibiliser la population et pour rendre les restaurateurs plus conscients du problème des allergies?

**M. Needham:** Oui. Toutefois, je préférerais que le ministère attende, avant d'intervenir, que nous ayons mis au point le tableau standardisé d'allergènes et que nous l'ayons distribué à tous les restaurants. Il faudra ensuite, à mon avis, lancer une importante campagne de sensibilisation des consommateurs pour faire connaître au public l'existence de ce tableau d'allergènes et son utilisation dans certains établissements afin que des pressions s'exercent sur ceux qui se montrent récalcitrants.

**Mme Mitchell:** D'après vous, quelles mesures spécifiques le gouvernement fédéral pourrait-il prendre pour éduquer les consommateurs?

**M. Needham:** Il devrait prendre des mesures pour mieux faire connaître le problème et aussi pour expliquer le tableau d'allergènes lui-même et en quoi il consiste.

**Mme Mitchell:** Au moyen de dépliants ou de messages télévisés? J'essaie de me faire une idée de la forme que prendrait cette campagne d'information.

[Texte]

**Mr. Needham:** I think it has to be media advertising. That is how you hit the vast majority of consumers today.

**Ms Copps:** For MSG sufferers, this is just a quick little list, which I got from the States—I am sure it is not all-inclusive: Arby's croutons, Arby's cheddar cheese sauce, Karl junior sausage, Hardy's barbecue sauce, mushroom sausage, breaded beefsteak, etc., Wendy's Hidden Valley Ranch, Wendy's croutons, Wendy's reduced-calorie baking potato salad, Wendy's sausage. . . So MSG is not limited to Chinese restaurants.

It seems to me that we are getting bogged down. I can understand your position. As you say: we push, the consumer pulls, and you are in the middle—and you would like to put together a program that is a response but maybe not as far as we would like you to go.

I think we are getting bogged down because you keep referring, as have my colleagues referred, to the individual restaurateur. The fact is, from the point of view of your chart, as well as the perspective. . . Let us say we take these 22 major companies that have already agreed to put together the chart. Is it not a fact that excluding the individual restaurants. . . ? Even the bill I proposed does not ask for individual labelling from small restaurants. That is a red herring, if you will pardon the pun, not a red lobster. So if you take these 22, of the 24 major chains, that have agreed to participate in some kind of a program. . . The chart is a step in the right direction, but what happens if the chart is posted up over the washroom where nobody can see it? Following the near death of an individual in 1985, there was a chart in Arby's that said, "our apple turnovers contain ground hazelnuts". But nobody could see it, because there was a big crowd and it was stuck somewhere over in the corner.

Now, is it not possible that right now—not right now immediately, but within the next period; the same timeframe you are looking at to establish these lists. . . ? These major chains have the capacity and the information to list ingredients on the packaging. Why not start with them? I think the people on all sides of the House are concerned about the difficulties for the individual entrepreneur and for the 76% of your members who do not have the capacity to carry on something like this. But you obviously have the information, and you are going to be putting it in in the form of a chart. Why not just put it on the package?

[Traduction]

**M. Needham:** Il faut à mon avis une campagne de publicité dans les médias. C'est le moyen privilégié aujourd'hui pour rejoindre la grande majorité des consommateurs.

**Mme Copps:** D'après une liste partielle que j'ai obtenue des États-Unis—je suis certaine qu'elle n'est pas exhaustive—ceux qui sont allergiques au MGS doivent se méfier des produits suivants: croutons Arby's, sauce au fromage cheddar Arby's, saucisses juniors Karl, sauce barbecue Hardy's, saucisses aux champignons, bifteck panné, etc., Wendy's Hidden Valley Ranch, croutons Wendy's, salade de pommes de terre réduite en calories Wendy's, saucisses Wendy's. . . Ainsi, il n'y a pas que les restaurateurs chinois qui utilisent le MGS.

Il me semble que nous faisons du surplace. Je comprends bien votre position. Comme vous le dites, nous poussons et le consommateur tire et vous vous retrouvez entre deux feux; vous êtes disposés à mettre en place un programme visant à régler le problème, mais vous ne voulez pas aller aussi loin que nous.

Je trouve que nous n'allons nulle part parce que vous mentionnez constamment, comme l'ont fait mes collègues, le restaurateur individuel. Le fait, par rapport à votre tableau d'allergènes et par rapport aussi. . . Supposons que nous prenions les 22 principales sociétés qui ont déjà accepté de travailler à la préparation du tableau. N'est-il pas vrai que, mis à part les restaurants individuels. . . ? Même le projet de loi que j'ai proposé n'exige pas que les petits restaurants apposent individuellement des étiquettes. C'est un faux problème, à mon avis. Ainsi, ces 22 sociétés, parmi les 24 grandes chaînes, ont accepté de participer à un programme quelconque. . . Le tableau est un pas dans la bonne direction mais qu'arrivera-t-il si le tableau est affiché sur la porte des toilettes où personne ne le verra? Après qu'un client eut failli mourir en 1985, Arby's a affiché un avis disant: «nos chaussons aux pommes contiennent des noisettes broyées». Or, personne ne pouvait voir cet avis parce qu'il était affiché dans un coin et qu'il y avait beaucoup de monde dans le restaurant.

• 1015

Ne serait-il pas possible, dès maintenant—pas immédiatement mais dans le délai que vous vous donnez pour ce qui est de la préparation de ces listes. . . ? Les grandes chaînes ont déjà les moyens et les renseignements nécessaires pour énumérer les ingrédients sur l'emballage. Pourquoi ne pas commencer par elles? Je pense que les députés de tous les partis à la Chambre s'inquiètent du fait que cela présentera des difficultés pour les entrepreneurs individuels et pour les 76 p. 100 de vos membres qui ne sont pas en mesure de mettre en oeuvre un programme comme celui que vous proposez. Toutefois, vous possédez manifestement l'information nécessaire puisque vous proposez de la présenter dans un tableau. Pourquoi ne pas indiquer tout simplement cette information sur l'emballage?



[Text]

**Mr. Dover:** Whether the chart is posted, or whether it is available in brochures, which I would rather see so someone takes it, if you are an allergy sufferer, you would try to get a chart from each restaurant. Then you would know what you could have, no matter where you went. The thing we like about the chart is, because of the simplicity of it, we think we can get it into more restaurants.

**Ms Copps:** I think that is great. Go ahead with the chart. That is terrific.

**Mr. Dover:** I do not really see the point in having McDonald's label their hamburgers if everyone else selling hamburgers does not.

**Ms Copps:** But if you limit it. Now, you made the distinction in your brief of limited-menu restaurants. Obviously, I assume that your membership is primarily not limited-menu restaurants.

**Mr. Dover:** It is primarily independents, but they may or may not be limited menu.

**Ms Copps:** Now, of the 24 major chains you have asked for information, how many of those would you define as being limited-menu restaurants?

**Mr. Needham:** Almost all of them.

**Ms Copps:** Therefore, would it not be possible for them, given their specifics, to go ahead concurrently? Sure, have the charts; get the brochures out, and then that will save you the problem, but also put it on the package. What is the problem with putting it on the package?

**Mr. Dover:** Let us take the beverage. Let us take the standard cup. It could say Harvey's, or Arby's, or anything, and it could have a soft drink in it, or milk, or chocolate milk, or a shake, or juice.

**Ms Copps:** Okay. Well, let us deal with the *Big Mac*.

**Mr. Dover:** That you would have to ask of McDonald's. I really cannot answer to that.

**Ms Copps:** Then I will not call it a *Big Mac*. What about whatever you get out of Wendy's, or another place?

**Mr. Dover:** You see, once again, Wendy's puts the burger together for you, and it can have all kinds of additions to it.

**Ms Copps:** I understand. But if you add a tomato—

**Mr. Dover:** I am not trying to avoid your question. It is very—

[Translation]

**M. Dover:** Que l'information soit fournie sous forme de tableau ou sous forme de brochures—solution que je préférerais parce que les clients souffrant d'allergies pourraient facilement en prendre une—il faudrait l'obtenir auprès de chaque restaurant. De cette façon, les clients pourraient savoir quels plats ils peuvent commander dans n'importe quel restaurant. En raison de sa simplicité, nous pensons que le tableau pourrait être distribué à un plus grand nombre de restaurants.

**Mme Copps:** C'est merveilleux. Allez-y, distribuez ce tableau. C'est merveilleux.

**M. Dover:** Je ne vois vraiment pas l'utilité d'obliger McDonald à donner la liste des ingrédients de ses hamburgers si tous les autres restaurants qui en vendent n'en font pas autant.

**Mme Copps:** Mais vous prévoyez des limites. Dans votre mémoire, vous avez fait une distinction pour les restaurants à menu limité. J'imagine que la majorité de vos membres ne sont pas les propriétaires de restaurants à menu limité.

**M. Dover:** La plupart de nos membres sont des restaurateurs indépendants mais ils n'offrent pas nécessairement tous un menu limité.

**Mme Copps:** Parmi les 24 grandes chaînes auxquelles vous avez demandé des renseignements, combien seraient d'après vous des restaurants à menu limité?

**M. Needham:** Presque toutes.

**Mme Copps:** Par conséquent, étant donné la nature de leurs activités, elles ne pourraient pas adopter les deux solutions en même temps? Oui, publiez les tableaux, distribuez les brochures mais indiquez aussi les renseignements sur l'emballage. Pourquoi ne pourriez-vous pas énumérer les ingrédients sur l'emballage?

**M. Dover:** Prenons l'exemple des boissons non alcoolisées. Prenons le contenant le plus couramment utilisé. Ce dernier pourrait porter le nom de Harvey's ou Arby's ou quoi encore et pourrait contenir un boisson non alcoolisée, du lait, du lait au chocolat, du lait fouetté ou encore du jus.

**Mme Copps:** D'accord. Prenons plutôt le cas du *Big Mac*.

**M. Dover:** Il faudrait poser la question à McDonald. Je ne saurais y répondre.

**Mme Copps:** Alors je n'utiliserai pas le nom *Big Mac*. Qu'en est-il des produits achetés chez Wendy's ou dans un autre restaurant?

**M. Dover:** Là encore, Wendy's prépare le hamburger à votre goût de sorte que vous pouvez y faire ajouter toutes sortes d'autres ingrédients.

**Mme Copps:** Je comprends. Mais si vous ajoutez une tomate. . .

**M. Dover:** Je n'essaie pas de me défilier. C'est très. . .



[Texte]

**Ms Copps:** Okay, but if you request a slice of tomato—

**Mr. Dover:** But if I add relish, or if I add a hot sauce, or hot peppers, I am into a whole—you are going to get a massive listing.

**The Chairman:** Ms Copps, this is going to be your last question. I am sorry.

**Ms Copps:** It seems to me that I understand your position. You are going to try to inform consumers, but inform them as little as possible.

**Mr. Dover:** No. What we are trying to do is to put a system together that we can get into as many restaurants as possible to provide the vital information in advance of the purchase.

**Ms Copps:** And you do not see that the 24 big chains could move a little bit further than a simple chart.

**Mr. Dover:** Where I perhaps do not understand what you are saying is I do not see why the chart is not going to do it. If we can do it with a chart, it is going to be simpler, it is going to be cheaper for the operators; but more importantly we are going to be able to get it into the hands of more operators. That surely should be what we are trying to do: to get as many restaurants as possible to adopt the use of the chart so that more and more consumers would have the information available to them in advance of the purchase.

• 1020

**Mr. Needham:** And more usable to the consumer. By boiling it down to the basic problem foods, we feel more consumers are going to benefit and use it than they would if they get a list that has literally thousands of ingredients on it. Those are chemical names.

**Mr. Paul Rosenbaum (Researcher to the Committee):** You have outlined some significant impediments to full-disclosure labelling. Some of these, however, it strikes me, might apply equally to the chart you have recommended to your membership; for example, the fact that suppliers might change or that suppliers might change ingredients on short notice or temporarily, the use of regional suppliers, substitutions in restaurants, and so on. As a result, the chart will apply, as I understand it, only to limited-menu restaurants, only to chains, and it will include only a limited list of ingredients.

What would be your reaction to moving the onus of labelling from the restaurants a step back to food manufacturers and wholesalers; that is, requiring that foods carry full-disclosure labels up to the point of sale to consumers? This would not require labelling by the food

[Traduction]

**Mme Copps:** D'accord, si le client demande une tranche de tomate. . .

**M. Dover:** Mais si j'ajoute de la relish, ou une sauce piquante, ou du piment piquant. . . la liste pourrait être très longue.

**Le président:** Madame Copps, ce sera votre dernière question. Je m'en excuse.

**Mme Copps:** J'ai l'impression de comprendre votre position. Vous allez essayer de renseigner les consommateurs, mais le moins possible.

**M. Dover:** Non. Nous essayons de mettre au point un système qui nous permettra de communiquer aux clients du plus grand nombre de restaurants possible des renseignements vitaux avant l'achat de produits.

**Mme Copps:** Mais ne comprenez-vous pas que les 24 grandes chaînes pourraient faire mieux que de publier un simple tableau.

**M. Dover:** J'arrive mal à vous suivre parce que je ne vois pas pour quelle raison vous pensez que le tableau ne donnera pas les résultats escomptés. Si nous pouvons atteindre l'objectif en publiant un tableau, ce sera une solution plus simple et moins onéreuse pour les restaurateurs. Mais ce qui est encore plus important, c'est que nous réussirons à distribuer ce tableau à un plus grand nombre de restaurateurs. Cela devrait être notre but, il me semble, d'amener le plus grand nombre de restaurateurs possible à utiliser le tableau de sorte qu'un nombre toujours croissant de consommateurs puissent obtenir les renseignements avant d'effectuer un achat.

**M. Needham:** Et le consommateur pourra utiliser plus facilement ce tableau. Nous estimons qu'un plus grand nombre de consommateurs pourront utiliser de façon utile une liste énumérant les aliments qui font problème qu'une liste qui énumérerait littéralement des milliers d'ingrédients. Ce que vous avez là, ce sont les noms chimiques.

**M. Paul Rosenbaum (attaché de recherche du Comité):** Vous avez énuméré des obstacles considérables à l'étiquetage complet. Toutefois, il me semble que ces obstacles pourraient tout aussi bien être associés au tableau dont vous avez recommandé l'utilisation à vos membres; par exemple, les fournisseurs ne seraient pas toujours les mêmes ou pourraient modifier les ingrédients provisoirement ou sans préavis, utiliser des fournisseurs régionaux, remplacer certains produits vendus aux restaurants, etc. Par conséquent, le tableau ne s'appliquera, si j'ai bien compris, qu'aux restaurants à menu limité et aux chaînes et qu'il ne comportera qu'une liste restreinte d'ingrédients.

Que penseriez-vous de l'idée d'obliger non pas les restaurants mais bien les fabricants et les grossistes d'aliments à faire l'étiquetage? À ce moment-là, il faudrait que tous les aliments portent des étiquettes donnant la liste exhaustive des ingrédients jusqu'aux points de vente

[Text]

retailers, but those full-disclosure labels would be available in retail outlets for concerned consumers to consult.

**Mr. Needham:** By and large, the suppliers do have to label foods. That information is currently available, as I understand it.

The other point I would make is that you are quite right about the changes by suppliers and the utility of the allergy chart among the limited-menu chains. But we feel with experience we may be able to expand it. Mr. Dover operates a broad-menu restaurant chain, yet in discussions last evening he was indicating to me he feels he could get his core menu items onto a chart and he would be able to offer the major ongoing menu items on the allergy chart.

**The Chairman:** I appreciate very much your testimony. On behalf of the committee, I want to thank you, Mr. Dover and Mr. Needham, for your excellent presentation and the way you have handled questions. If any of the committee members have further questions, we are going to get back to you, or if Mr. Rosenbaum wishes, he can get back to you as well. Thank you very much.

The Chair would like now to recognize the next group, from the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, chaired by the Hon. Judy Erola.

We welcome you back to the precincts of this Hill, Judy.

• 1025

**Hon. Judy Erola (President, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada):** Thank you very much, Mr. Chairman.

**The Chairman:** We are pleased to have you with us as a former colleague in the House. Do you want to introduce your colleagues here with you?

**Ms Erola:** Yes, *avec plaisir*, Mr. Chairman. We are very pleased to have this opportunity to appear before the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare. With me today is Dr. Karen Gilberg, Chairperson of the Pharmaceutical Manufacturers Association Medical R and D Section and Vice-President, Medical Affairs, Boehringer Ingelheim (Canada) Limited; Mike O'Flaherty, Chairman of the PMAC Plant Operations Section and Director of Plant Operations at Rorer Canada; and Gordon Postlewaite, Director of Public Affairs at PMAC.

I am going to run through some of the highlights of our brief quickly because I think you would much prefer to have an opportunity for questions. Many of you, I

[Translation]

aux consommateurs? Les détaillants de produits d'alimentation ne seraient pas tenus d'étiqueter leurs produits, mais ces étiquettes donnant la liste exhaustive des ingrédients seraient disponibles dans les points de vente au détail de sorte que les consommateurs pourraient les consulter.

**M. Needham:** En général, les fournisseurs doivent étiqueter les aliments. Sauf erreur, ces renseignements sont déjà disponibles.

En outre, vous avez tout à fait raison de mentionner le fait que les fournisseurs ne sont pas toujours les mêmes et de mettre en doute l'utilité du tableau d'allergènes parmi les chaînes de restaurants à menu limité. Toutefois, nous croyons pouvoir, avec le temps, rendre le tableau plus complet. M. Dover exploite une chaîne de restaurants à menu diversifié et pourtant, lors de notre entretien hier soir, il m'a dit qu'il pense pouvoir énumérer dans un tableau d'allergènes les ingrédients des principaux plats offerts couramment dans son menu.

**Le président:** Je vous remercie de votre témoignage. Au nom du Comité, j'aimerais vous remercier, monsieur Dover et monsieur Needham, de votre excellent exposé et de la façon dont vous avez su répondre à nos questions. Si les membres du Comité ont d'autres questions à vous poser, nous communiquerons avec vous ou encore, M. Rosenbaum pourrait le faire s'il le désire. Merci.

Nous accueillons maintenant les porte-parole de l'Association canadienne de l'industrie du médicament dont la présidente est l'honorable Judy Erola.

Nous sommes ravis de vous revoir sur la Colline, Judy.

**L'honorable Judy Erola (présidente, Association canadienne de l'industrie du médicament):** Merci beaucoup, monsieur le président.

**Le président:** Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui une ancienne collègue à la Chambre. Auriez-vous l'obligeance de nous présenter les personnes qui vous accompagnent?

**Mme Erola:** Oui, monsieur le président, avec plaisir. Nous sommes très heureux de cette occasion de comparaître devant le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social de la Chambre des communes. Le Dr Karen Gilberg, présidente de la section médicale (recherche et développement) de l'Association canadienne de l'industrie du médicament, et vice-présidente pour les affaires médicales chez Boehringer Ingelheim Canada Ltd.; M. Mike O'Flaherty, président de la Section techniques industrielles de l'ACIM et directeur du service technique chez Rorer Canada; et M. Gordon Postlewaite, directeur des affaires publiques de l'ACIM, m'accompagnent aujourd'hui.

Je me contenterai de vous rappeler très brièvement les points saillants de notre mémoire parce que je suppose que vous aimeriez mieux poser des questions qu'entendre



[Texte]

think, maybe have had a chance to skim through it. I believe Mrs. Mitchell indicated she had.

Very quickly, we are a national voluntary trade association representing some 68 companies in the research, development, production and marketing of prescription and professional non-prescription pharmaceuticals. By regulation of the Food and Drugs Act these products are available only through pharmacies or hospitals and are promoted only to health professionals. We do not represent the manufacturers of drugs listed for self-medication in division 10 of the Food and Drugs Act, which are available through a number of non-pharmacy outlets and are advertised directly to the public.

To foster the industry's role as a primary source of essential information on its products, PMAC co-founded the Council for the Accreditation of Pharmaceutical Manufacturers Representatives back in 1970. Through programs of basic and continuing pharmaceutical education, to supplement individual company training, the council serves to broaden the scope of technical knowledge of the industry's representatives so that they may be able to better serve the health professions as a reliable information source.

I say this because it is necessary to make it clear that in the case of prescription and professional non-prescription drug products, access to the public is predicated on health professional direction. In this regard, the role of professional health practitioners in providing patient information appropriate to individual needs is essential. The nature of the information on the proper use of drug products can be very technical in nature and require professional assessment.

Manufacturers provide information to health professionals, such as doctors and pharmacists, on the label of products themselves, in detailed prescribing information and in product monographs which appear in professional information sources, such as the *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, published by the Canadian Pharmaceutical Association.

The *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, which is commonly known as CPS in the business, is available in all pharmacies, doctors' offices and in public libraries. It is often referred to as the "bible". I see you are concurring, Dr. Halliday.

**The Chairman:** It is on the Hill, too.

**Ms Erola:** In addition, while medicines are under new drug status, full prescribing information accompanies all advertising of the product in professional pharmacy and medical journals. Such full disclosure advertising is in compliance with the code of advertising acceptance which clears all advertising and promotional materials prior to publication, and this is administered by an independent

[Traduction]

une présentation détaillée. Plusieurs d'entre vous, j'imagine, ont eu l'occasion de le parcourir. Je pense que M<sup>me</sup> Mitchell a dit qu'elle l'a fait.

Nous formons une association commerciale nationale représentant 68 compagnies actives dans les domaines de la recherche, du développement, de la production et de la commercialisation de médicaments dispensés sur ordonnance et sans ordonnance. Par application de la Loi des aliments et drogues, ces produits sont disponibles seulement dans les pharmacies ou les hôpitaux et la publicité à leur sujet s'adresse uniquement aux professionnels de la santé. Nous ne représentons pas les fabricants de médicaments brevetés énumérés à la division 10 de la Loi des aliments et drogues, qui se vendent dans divers commerces autres que des pharmacies et dont la publicité s'adresse au grand public.

Afin de promouvoir le rôle de l'industrie en tant que première source d'informations essentielles sur ses produits, l'ACIM a participé en 1970 à la fondation du Council for the Accreditation of Pharmaceutical Manufacturers Representatives. Par ses programmes de formation fondamentale et permanente sur les médicaments, destinés à compléter la formation offerte par les compagnies, le Council s'efforce d'élargir les connaissances techniques des représentants de l'industrie afin qu'ils puissent présenter aux professionnels de la santé une information plus fiable.

Je le signale parce qu'il importe de préciser que dans le cas des médicaments d'ordonnance et des autres médicaments vendus en pharmacie seulement, la disponibilité au public est basée sur prescription professionnelle. Le rôle du professionnel de la santé qui donne à chaque patient l'information dont il a besoin est donc essentiel. L'information sur l'utilisation correcte d'un médicament peut être très technique et son utilisation peut nécessiter l'évaluation d'un professionnel.

Les fabricants donnent des renseignements aux professionnels de la santé tels que médecins et pharmaciens, sur l'étiquette du produit, dans des dépliants détaillés et des monographies publiées dans des sources professionnelles d'informations telles que le *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* que publie l'Association pharmaceutique canadienne.

Le *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* qu'on appelle communément le CPS est disponible dans toutes les pharmacies, les cabinets de médecin et les bibliothèques publiques. C'est en quelque sorte la bible du milieu. Je vois que le Dr Halliday manifeste son accord.

**Le président:** Il est disponible sur la Colline également.

**Mme Erola:** En outre, tant qu'un médicament est classé nouveau, toute l'information relative à la prescription accompagne toute la publicité dans les revues professionnelles des médecins et pharmaciens. Cette divulgation intégrale est conforme au Code des pratiques de commercialisation, auquel doit être conforme toute documentation publicitaire ou promotionnelle avant



## [Text]

pharmaceutical advisory board, which is unique in the world, I might add.

The non-medicinal ingredients contained in drug products serve a variety of essential purposes. Some are used routinely for safety reasons or for effectiveness, others may promote the release of the actual ingredients in the body after ingestion, or to help maintain the potency of that ingredient. Some are essential in preventing the growth of bacteria, fungi and algae in medications. Other purposes include palatability, such as flavouring agents, product distinctiveness and elegance, colouring, stability, preservatives, binders, uniformity, consistency, fillers, suspension agents, diluents. It is important to note that the non-medicinal ingredient content may differ from one manufacturer's formulation to another.

While the majority of Canadians are not affected by these non-medicinal ingredients, some individuals do have an adverse reaction to particular agents. So to assist patients in avoiding adverse effects from specific non-medicinal ingredients, PMAC developed and implemented, back in 1985, guidelines for members to disclose the content of clinically relevant non-medicinal ingredients in a uniform, consistent fashion in monographs and official prescribing information for prescription product, and additionally on packaging and labelling for prescription and non-prescription products, where the package reaches the patient, to assist them in avoiding known sensitivities.

• 1030

The list of agents with a known potential for untoward sensitizing effects was developed by the Health Protection Branch of Health and Welfare Canada on the basis of adverse-reaction reports. It includes alcohols, gluten, parabens, sugars, sulfites, and tartrazine. With this information available to health professionals or on packages reaching the consumer, the patient can determine whether these agents are present prior to purchase. If they are not listed, it can be safely assumed they are not present.

The decision to disclose clinically relevant ingredients only was based on the consideration that this is the most vital and useful information to health practitioners and consumers. The full listing of all non-medicinal ingredients detracts from the relevant and required information. A product may contain up to 20 or 30 non-medicinal ingredients. I think we have a list of those Mr. O'Flaherty will be happy to show you. The problem is that such a listing would hide the important by information overload.

## [Translation]

d'être publiée: l'examen est effectué par un conseil consultatif indépendant de pharmaciens, lequel n'a son pareil nulle part au monde.

Les ingrédients non médicinaux que peut renfermer un médicament répondent à divers besoins essentiels. Certains sont utilisés couramment à des fins de sécurité ou pour accroître l'efficacité du médicament, d'autres peuvent faciliter la circulation des ingrédients médicinaux dans l'organisme après l'ingestion, ou encore à conserver l'efficacité du médicament. D'autres encore sont nécessaires pour éviter la croissance de bactéries, de champignons et d'algues dans les médicaments. D'autres ingrédients encore servent à améliorer la saveur du médicament, le rendent plus distinctif ou de meilleure apparence, lui donnent sa couleur, le stabilisent, le conservent, servent de liants, en assurent l'uniformité ou encore servent d'agent de suspension ou de diluant. Il convient de signaler que les ingrédients non médicinaux d'un médicament peuvent varier d'un fabricant à un autre.

La majorité des Canadiens ne sont aucunement dérangés par ces ingrédients non médicinaux, mais un certain nombre réagissent mal à certains d'entre eux. Pour rendre service à ces personnes, l'ACIM a élaboré et mis en vigueur en 1985 des lignes directrices suivant lesquelles ses membres divulguent les ingrédients non médicinaux cliniquement pertinents d'une manière uniforme dans les monographies et informations officielles relatives à la prescription des médicaments d'ordonnance, ainsi que sur l'emballage ou l'étiquette des médicaments d'ordonnance et autres dans les cas où l'emballage se rend jusqu'à l'acheteur, de manière à aider celui-ci à éviter ce genre de difficulté.

La liste des agents connus pour leurs effets sensibilisateurs fâcheux a été établie par la Direction de la protection de la santé du ministère de la Santé à partir de rapports sur les réactions négatives. La liste comprend les alcools, le gluten, les parabens, les sucres, les sulfites et la tartrazine. Cette information étant disponible aux professionnels de la santé et étant reproduite sur les emballages remis au consommateur, ce dernier peut déterminer si ces agents sont présents dans le médicament, avant qu'il l'achète. S'ils ne sont pas énumérés dans le feuillet d'information, le patient peut donc conclure en toute sécurité qu'ils ne sont pas présents dans le médicament.

La décision de divulguer uniquement les ingrédients importants du point de vue clinique a été prise parce que l'on considèrerait que cette information était la plus utile et la plus essentielle aux professionnels de la santé et aux consommateurs. En effet, on a jugé que d'énumérer la liste complète de tous les ingrédients non médicinaux pouvait détourner l'attention des renseignements pertinents et nécessaires. En effet, un produit peut contenir jusqu'à 20 ou 30 ingrédients non médicinaux. M. O'Flaherty se fera un plaisir de vous en fournir la liste, au

[Texte]

In addition, there are the practical constraints of space problems on packages and labels for products where direct disclosure to the patient is most appropriate. To go the route of package inserts may seem a viable solution. However, an individual does not see the insert until after a purchase has been made and a carton opened. In the case of prescription products, provincial pharmacy dispensing practices are such that the manufacturer's package and information inserts rarely reach the end user. Instead, the prescription product may be repackaged in the pharmacy, with the pharmacy label attached.

PMAC, I might say, agrees with the Eastman commission recommendation that Canada join Europe in calling for original-dispense packaging. That was one of the earlier recommendations, and it has been somewhat ignored, I think, in the kerfuffle of other issues.

For individuals on several concurrent drug regimens, the role of the health professional, whether that be the doctor or the pharmacist, is even more vital, since only the professional can assess the potential interactions among a number of products. The consumer is simply not in a position to make that determination.

PMAC members' voluntary response to the guidelines has been excellent: so good, in fact, members responded so promptly in providing information that it was not necessary to make the requirements for compliance a condition of membership. In fact, many manufacturers are going further. To assist individuals on restricted diets, many companies are providing the caloric, sodium, and potassium contents of their drug products.

Following the implementation of the guidelines, PMAC issued trade press releases to apprise health professionals of the disclosure system. PMAC has also undertaken discussions with various consumer associations, such as the Allergy Information Association, so they could advise consumers of the availability and the sources of this information.

While the guidelines have been very effective from the point of view of drug products covered by PMAC member companies, it is true that not all manufacturers are members of PMAC or of the Non-Prescription Drug

[Traduction]

besoin. Par conséquent, une liste exhaustive pourrait avoir pour effet de surcharger de renseignements le patient et de détourner son attention de l'information qui lui est importante.

En outre, il se pose un autre problème d'ordre pratique. Il n'y aurait pas suffisamment d'espace sur les emballages et sur les étiquettes pour énumérer tous les produits, lorsque l'énumération directe est la plus appropriée. Il serait peut-être plus raisonnable d'opter pour les feuillets insérés dans les emballages. Cependant, le patient ne peut avoir en main de feuillet inséré que lorsqu'il a acheté son médicament et ouvert l'emballage. Dans le cas de médicaments d'ordonnance, les pratiques de distribution dans les pharmacies provinciales sont telles que le patient a rarement en main l'emballage primitif du manufacturier et les feuillets d'information. Souvent, le produit d'ordonnance est réemballé à la pharmacie même et on y accole l'étiquette de la pharmacie.

L'ACIM souscrit à la recommandation de la commission Eastman selon laquelle le Canada devrait faire comme l'Europe et exiger que les médicaments soient distribués dans l'emballage primitif. Cette recommandation, qui remonte déjà à quelque temps, a été laissée de côté dans le tintamarre qui s'est produit à propos d'autres questions.

Pour les patients qui suivent plusieurs médications simultanées, le rôle du professionnel de la santé, médecin ou pharmacien, est encore plus important, étant donné qu'il est le seul à pouvoir évaluer les effets que pourraient avoir les combinaisons de médicaments. Le consommateur n'est pas en mesure de faire lui-même cette évaluation.

Les membres de notre association ont réagi très favorablement aux lignes directrices; ils ont réagi si rapidement en nous fournissant toute l'information voulue qu'il n'a pas été nécessaire pour nous d'exiger comme condition d'adhésion à notre association la conformité aux lignes directrices. En fait, de nombreux fabricants ont même décidé d'aller plus loin par eux-mêmes. Afin d'aider les patients qui suivent des régimes pauvres, de nombreux fabricants fournissent maintenant le contenu en calories, en sodium et en potassium de leurs ingrédients pharmaceutiques.

A la suite de l'entrée en vigueur de nos lignes directrices, l'ACIM a publié des communiqués de presse à l'intention de tous les professionnels de la santé pour les informer du nouveau système d'information. Notre association a également engagé des discussions avec diverses associations de consommateurs, telles que l'Association de l'information sur les allergies, pour que ces dernières informent à leur tour leurs propres membres des sources d'information mises à leur disposition.

Même si les lignes directrices en matière d'énumération des ingrédients ont été bien suivies par les compagnies membres de notre association, il est vrai que les fabricants ne sont pas tous nos membres ou membres



*[Text]*

Manufacturers Association of Canada, which also has comparable guidelines in place for over-the-counter medicines. Hence the Health Protection Branch of Health and Welfare Canada has recently initiated consultations, in the form of an information letter, on the feasibility of introducing mandatory labelling of all non-medicinal ingredients. Certainly PMAC is supportive of the regulatory approach, which ensures that all manufacturers adhere to the requirements to disclose the presence of non-medicinal ingredients in all products.

PMAC has indicated in its response to the Health Protection Branch that we support the consumer's right to know all medicinal and non-medicinal contents of all prescription and non-prescription products. It is essential that the mechanism for conveying the information to consumers be uniform, useful, and cost-effective. Furthermore, the role of health professionals in communication with consumers must be supported and strengthened.

It can be argued that full listing of all non-medicinal ingredients on packaging and labelling which may not reach the patient, in addition to being costly, would not best serve the information needs of the consumer. The size of labels and packages, in addition to Canadian needs for bilingual labelling, make it virtually impossible to provide all the information in a clear and useful manner. So we think there are other ways to ensure that the needs of the public are met. Other initiatives should be explored for more effective and efficient dissemination of product information, such as pharmacy computer terminals. Perhaps Health and Welfare Canada could maintain a central data bank on products with a 1-800 number for inquiries, thereby making available the full listing of non-medicinal ingredients on request. The 1-800 number could be included on the product label as a source of further information for consumers.

• 1035

Joint discussions have taken place between PMAC, other industry associations and health professional groups, including the Canadian Medical Association, the Canadian Pharmaceutical Association, the Ontario College of Pharmacists and the Allergy Information Association on the issue of ingredient drug labelling.

There was unanimous agreement for mandatory full disclosure of all non-medicinal ingredients in one form or another and for disclosure of clinically relevant non-medicinal ingredients on all packages reaching the

*[Translation]*

de l'Association canadienne des manufacturiers de médicaments grand public, qui elle aussi a émis des lignes directrices comparables aux nôtres, mais destinées aux médicaments en vente libre. Par conséquent, la Direction de la protection de la santé du ministère de la Santé a récemment procédé à des consultations, sous forme d'une lettre d'information, au sujet de la possibilité d'une énumération obligatoire de tous les ingrédients non médicinaux contenus dans le médicament. Nous sommes tout à fait d'accord avec l'idée d'imposer cette réglementation, ce qui obligerait tous les fabricants à divulguer la présence d'ingrédients non médicinaux dans tous leurs produits.

Dans sa réponse à la Direction de la protection de la santé, notre association a fait savoir qu'elle souscrivait au droit du consommateur de connaître tous les ingrédients médicinaux ou non contenus dans les médicaments d'ordonnance ou en vente libre. Mais il est aussi essentiel que le mécanisme trouvé pour transmettre l'information au consommateur soit uniforme, utile et rentable. En outre, il faut renforcer encore plus les communications entre les professionnels de la santé et les consommateurs.

On pourrait faire valoir qu'une énumération complète des ingrédients non médicinaux sur un emballage ou une étiquette qui ne parviendront peut-être jamais aux patients, pourrait non seulement coûter très cher, mais aussi ne pas répondre au besoin de savoir du consommateur. En effet, les dimensions souvent réduites des étiquettes et des emballages, outre la nécessité de tout écrire dans les deux langues au Canada, font qu'il est pratiquement impossible de fournir toute l'information de façon claire et utile. Mais il y a d'autres façons de répondre aux besoins du public. Il faut étudier d'autres façons efficaces et rentables de transmettre l'information sur les produits, comme par exemple le recours à des terminaux d'ordinateur dans les pharmacies. Le ministère de la Santé pourrait peut-être monter une banque centrale de données sur les produits pharmaceutiques, branchée sur un numéro de téléphone Zénith pour les clients ayant besoin de renseignements, et pourrait ainsi rendre accessible à tous, sur demande, la liste complète de tous les ingrédients non médicinaux. Ce numéro sans frais pourrait être inscrit sur l'étiquette pour la gouverne des consommateurs.

Notre association a entamé des discussions sur la question de l'étiquetage des médicaments et des ingrédients entrant dans leur composition, avec d'autres associations pharmaceutiques, et avec des groupes de professionnels de la santé comme l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de l'industrie du médicament, le Collège ontarien des pharmaciens et l'Association de l'information sur les allergies.

Il a été décidé à l'unanimité de rendre obligatoire sur les emballages destinés aux consommateurs l'énumération complète de tous les ingrédients non médicamenteux contenus, sous une forme ou sous une autre, dans un



## [Texte]

consumer. There was also consensus on a proposal to establish a multi-disciplinary advisory committee with consumer representation to establish a more comprehensive list of ingredients for required label package disclosure. There was unanimous agreement for an educational awareness campaign to be undertaken by Health and Welfare to educate consumers on these issues. In addition, the various groups strongly supported the development of other initiatives that provide consumers with access to such information.

Access to the information is really the nub of the problem. The Health and Welfare central data bank 1-800 line was specifically included in the list of recommended initiatives the group unanimously agreed upon. The committee may wish to examine some of these issues as it reviews the important subject of food and drug labelling.

The question is really one of developing an effective and useful vehicle for communication to consumers that does not ignore the important role of the health professional. But I think we could give you best by example the problems we face in reaching the consumer with the kind of information we feel the consumer must have.

Our public affairs director this morning decided to do a little test marketing to see just how much of our information does reach the consumer, and I am going to ask Gordon to tell us what happened on his quest for information this morning.

**Mr. Gordon Postlewaite (Director, Public Affairs, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada):** I am a pharmacist, and I decided to put on my consumer's hat and take a look at my profession from the other side of the counter this morning. I did a little bit of prescription shopping.

My doctor gave me prescription for an anti-angina product for heart pain. The prescription was for a product that goes to the pharmacy, and inside there are dispensing boxes. Inside the dispensing box, right on top, there is a consumer information pamphlet. If I send that back to the company, I get a pamphlet on the angina agenda that tells me how to deal with heart pain. I also get "Angina, Diet and You". There is a third pamphlet—I do not have a sample—that tells you how to manage stress and angina, and as well, a cassette is available.

One other thing the information tells you is that non-medicinal ingredients in prescription drugs may vary and that, if the product is going to be substituted, you should

## [Traduction]

médicament et l'énumération de tous les produits non médicamenteux mais pourtant importants du point de vue clinique. On a également convenu de mettre sur pied un comité consultatif multidisciplinaire au sein duquel seraient représentés les consommateurs et dont le but serait de dresser une liste plus exhaustive de tous les ingrédients à citer sur l'étiquette de l'emballage. On a également convenu de demander au ministère de la Santé de lancer une campagne d'information du public afin de renseigner les consommateurs sur ces questions. En outre, les divers autres intervenants ont souscrit sans réserve à l'idée de lancer d'autres initiatives qui permettraient aux clients d'avoir accès à tous les renseignements pertinents.

Au fond, l'essentiel dans tout cela, c'est l'accès à l'information. En effet, on a spécifiquement inclus à la liste des initiatives recommandées sur lesquelles les intervenants se sont entendus, la fameuse ligne d'accès sans frais à la banque de données centrale du ministère de la Santé. Votre comité voudra peut-être jeter un coup d'oeil sur les initiatives recommandées, au cours de son étude de l'étiquetage des aliments et des médicaments.

Il s'agit en fait de mettre au point un mécanisme efficace et utile de communication destiné aux consommateurs, qui ne diminue pas le rôle important que doit jouer le professionnel de la santé. Mais nous allons vous donner un exemple pour vous montrer beaucoup mieux les problèmes que nous devons résoudre pour fournir au consommateur toute l'information qui lui est nécessaire.

Notre directeur des affaires publiques a décidé ce matin de faire un petit test pour voir vraiment si l'information atteignait les consommateurs. Je demanderais donc à Gordon Postlewaite de vous expliquer ce qu'il a fait ce matin.

**M. Gordon Postlewaite (directeur des affaires publiques, Association canadienne de l'industrie des médicaments):** Je suis pharmacien et j'ai décidé de me transformer ce matin en consommateur pour jeter un regard objectif à ma profession en me plaçant de l'autre côté de la barrière. J'ai fait un peu de «magasinage d'ordonnances».

Mon docteur m'avait prescrit, par ordonnance, un médicament contre les angines de poitrine et les douleurs cardiaques. L'ordonnance concernait un médicament qui parvient à la pharmacie dans des boîtes distributrices, à l'intérieur desquelles, tout au-dessus, se trouve un feuillet d'information destiné aux consommateurs. Si je renvoie au fabricant ce feuillet, il me fait parvenir une brochure sur les angines de poitrine m'expliquant quoi faire en cas de douleur cardiaque. Il m'envoie aussi un feuillet s'intitulant «L'angine de poitrine et votre régime». Il peut également envoyer un troisième feuillet—dont je n'ai pas d'exemplaire sous la main—qui vous explique quoi faire en cas de stress et d'angine de poitrine, et il existe également une cassette à ce sujet.

La brochure d'information vous explique aussi que les ingrédients non médicamenteux contenus dans les médicaments d'ordonnance peuvent varier et qu'en cas de

## [Text]

discuss it with your physician and make a conscious decision. You may wish to get a cheaper generic or you may wish to stick with the product your doctor prescribed.

I took my prescription for this product into the pharmacy and I saw a sign behind the dispensary that told me the pharmacist may substitute an interchangeable product and that I have the right to ask for a cheaper generic substitute product. I had two prescriptions. On one was written Adalat, with the dosage and quantity on it. The other was exactly the same except that it had "no substitution" written on the bottom. I gave the pharmacist the one without the "no substitution" written on it, and they proceeded to fill the product. Sure enough, they gave me the consumer package, but I opened it up and my pamphlet was not there.

So after it was dispensed and packaged with the receipt on the label showing what the fee and the cost of the drug was, I referred to the sign and asked if they had used an interchangeable product. The pharmacist said no, that interchangeable products were not available. However, there are two currently advertised in pharmacy journals. I gather the store just did not have them in stock yet.

I then gave her my private insurance card with London Life, and that caused a bit of a start. The receipt was quickly taken back, and I never did get a receipt with the breakdown of the fee and the cost of the drug. It makes me wonder whether the price that goes into a private insurance company may be different from the price to a cash customer. I know the fee is higher for a cash customer than it is for an Ontario Drug Benefit Plan patient, and they say so right on the sign. This is their posted fee—\$8.49—but it may vary with different prescriptions.

I took my package and left the dispensary, opened it up and discovered I did not get my consumer information pamphlet, which would be a perfect vehicle for disclosure of non-medicinal ingredient content. I went back and asked if there was not a pamphlet that went with it. My doctor had told me there would be a pamphlet where I could get some very useful consumer information. The pharmacist said yes, went back to the dispensary and pulled one out of another box and gave it to me.

She had taken it out purposely and said, "Here it is, but it is not kosher", to quote her. I asked what she meant by it not being kosher. It said "Angina, Stress

## [Translation]

substitution du produit, vous devriez en discuter avec votre médecin avant de prendre votre décision. Vous pouvez ainsi décider d'opter pour le médicament générique moins coûteux ou de vous en tenir au produit prescrit par votre docteur.

J'ai donc apporté mon ordonnance à la pharmacie, et derrière le comptoir, j'ai remarqué une affiche expliquant que le pharmacien peut substituer un produit semblable à celui qui vous a été prescrit et que vous avez le droit de demander que l'on vous donne un produit générique moins coûteux. J'avais deux ordonnances en main. La première me prescrivait de l'Adalat, avec la posologie voulue. Ma deuxième ordonnance était identique, sauf que le médecin y avait stipulé qu'aucun autre médicament ne devait lui être substitué. J'ai donné à la pharmacienne l'ordonnance interdisant la substitution, et elle m'a donné bien sûr l'emballage destiné au consommateur, mais ne contenant pas de feuillet explicatif.

Donc, une fois le médicament mis dans son contenant et emballé avec l'étiquette de la pharmacie montrant quels étaient les honoraires du pharmacien et le coût du médicament, j'ai demandé, en montrant l'affiche, si l'on avait substitué à mon médicament un produit de remplacement. La pharmacienne m'a répondu par la négative en m'expliquant qu'il n'y en avait aucun. Je sais, cependant, qu'il en existe actuellement deux qui sont annoncés dans les revues pharmaceutique. Je suppose que la pharmacie ne les avait pas encore en stock.

J'ai ensuite donné à la pharmacienne ma carte d'assurance-médicaments souscrite auprès de la London Life, ce qui l'a fait sursauter. On m'a rapidement repris mon reçu, et je n'ai donc plus eu de ventilation entre les honoraires, d'une part, et le coût du médicament, d'autre part. C'est à se demander si le prix qui est facturé aux compagnies d'assurances privées diffère de celui que l'on demande aux clients qui paient comptant. Je sais que les honoraires sont plus élevés pour les clients qui paient comptant que pour ceux qui adhèrent à un régime de médicaments gratuits de l'Ontario, par exemple, comme l'explique très clairement l'affiche en question. L'affiche mentionne des frais de 8.49\$, mais ces frais peuvent varier avec les ordonnances.

J'ai donc pris mon médicament, quitté la pharmacie, ouvert le contenant et découvert que je n'y trouvais pas le feuillet d'information au consommateur, feuillet qui aurait été un moyen parfait de me renseigner sur les ingrédients non médicamenteux. Je suis donc retourné pour demander s'il n'y avait pas de feuillet d'information, puisque mon médecin m'avait conseillé de le lire pour me renseigner. La pharmacienne m'a répondu par l'affirmative, est retournée dans son officine, a tiré un feuillet d'une autre boîte et elle me l'a donné.

En me le remettant, la pharmacienne m'a dit: «Le voici, mais cela ne vous servira pas beaucoup». Je lui ai demandé ce qu'elle entendait par là. Le feuillet s'intitulait



## [Texte]

Management and You, a third booklet in a continuing educational series for angina patients". I asked if that was not useful information for me and why it would not be kosher. She replied that there were some generic products coming on the market, and I asked if the generic companies did not provide this information. She told me they can if they want, but the company should not put it in the package. If they want to give you a pamphlet on hypertension they should put it in the information rack at the front of the store. So much for the information getting to the patient on the package, in this particular instance.

I had another prescription my doctor gave me for another heart drug. This is a high blood pressure drug called *Corgard*. It comes in a calendar pack of 28 and tells you the days in 4 strips of 7, so you know when you have taken your products and you can stay on course. By the way, that helps. It is called a compliance package, and lack of compliance with directions in these kinds of products caused 125,000 excess deaths in the United States last year that could have been avoided. That is from a School of Pharmacy study at the University of Mississippi.

What I expected to get was this package. What I got was this. It is a child-resistant package that I am still trying to figure out how to open. You can try if you like. I got the prescription and asked if they had used an interchangeable product, suspecting that they had. I asked if the non-medicinal ingredients in this product are the same as the product my doctor prescribed. The young lady replied that it was exactly what my doctor prescribed. I said I thought it came in a calendar pack. My prescription said "Corgard, calendar pack, 28 day". She told me the product does not come in a calendar pack. It does not come in this package. I did not take this into the store.

I asked for a copy of my prescription, and with great difficulty I got a copy, which does not indicate that a calendar pack was ordered. I went through the same story again, and she told me the price was \$25.69. The fee was posted, and the cost of the drug was broken down, and the total was \$25.69. As soon as I gave her my London Life charge card, she took the receipt off, and I have no receipt for this prescription. If I had not jotted it down in pencil, I could not have told you.

## [Traduction]

«L'angine de poitrine et la gestion du stress, troisième brochure d'une série de brochures d'information permanente destinée aux patients souffrant d'angine de poitrine». Je lui ai demandé si cette information-là ne pouvait pas m'être utile, et pourquoi, d'après elle, cela ne me servirait pas beaucoup. Elle m'a répliqué qu'il y avait certains produits génériques qui allaient être disponibles sur le marché; je lui ai alors demandé si les fabricants de produits génériques ne nous fournissaient pas l'information. Elle m'a répondu qu'ils le pouvaient s'ils le souhaitaient, mais sans nécessairement inclure le feuillet dans l'emballage. Elle m'a aussi expliqué que si les compagnies voulaient nous donner des brochures sur l'hypertension, elles n'avaient qu'à envoyer des brochures qui pourraient être placées sur un présentoir à l'avant de la pharmacie. Vous voyez, dans ce cas-ci, ce que cela donne à un patient de vouloir obtenir de l'information dans l'emballage.

J'avais aussi en main une autre ordonnance que m'avait donnée mon médecin pour l'obtention d'un autre médicament pour le cœur, à savoir un médicament appelé *Corgard* qui contrôle l'hypertension. Ce médicament est dispensé dans une plaquette calendrier de 28 sachets, rangés en quatre semaines de sept jours, pour que vous sachiez si vous avez oublié d'en prendre. C'est d'ailleurs très utile. On appelle cela un emballage de conformité, et l'année dernière, 125,000 personnes sont mortes aux États-Unis parce qu'elles ne se sont pas conformées aux directives accompagnant ce type de médicament. Je vous cite les chiffres d'une étude effectuée par l'École des pharmaciens de l'Université du Mississippi.

Ce que j'espérais recevoir, c'est ce genre-ci d'emballage. Au lieu de cela, voici ce que j'ai obtenu: un emballage à l'épreuve des enfants et que je n'ai toujours pas réussi à ouvrir. Vous pouvez essayer vous-même, si vous le voulez. J'ai donc demandé à la pharmacienne si l'on avait substitué à mon médicament prescrit un produit de remplacement, car je la soupçonnais de l'avoir fait. J'ai demandé si les ingrédients non médicamenteux contenus dans ce produit d'ordonnance étaient les mêmes que ceux qui composaient le médicament que m'avait prescrit mon médecin. La jeune femme m'a répondu que c'était exactement ce qu'avait prescrit mon médecin, ce à quoi je lui ai répliqué que mon médicament à moi était distribué dans une plaquette calendrier, pour 28 jours, comme le prévoyait mon ordonnance. La pharmacienne m'a rétorqué que le produit en question n'était pas distribué en plaquette calendrier, comme celle que j'ai ici. Malheureusement, je ne l'avais pas avec moi à la pharmacie.

J'ai demandé que l'on me fournisse une copie de mon ordonnance, ce que j'ai obtenu avec grande difficulté, mais il n'est pas précisé sur cette ordonnance que l'on a demandé une plaquette calendrier. J'ai expliqué encore une fois ma petite histoire, et on m'a dit que cela me coûterait 25.69\$. Les honoraires du pharmacien étaient affichés, on avait ventilé le coût du médicament, et le total se chiffrait à 25.69\$. Dès que je lui ai donné ma carte de crédit de la London Life, la pharmacienne a déchiré mon



[Text]

I will give just one other example, and I do not want to take up too much of your time. This is a product for ulcers, and this is the manufacturer's dispensing package. It contains the required number of tablets for ulcer treatment. It has a cassette for the consumer information and a pamphlet telling you all about your ulcer, a beautiful vehicle for the ulcer patient and for information on non-medicinal ingredients. This package no longer exists; it has not existed for two years. The reason it does not exist is that pharmacists refused to use it. I am a pharmacist, and I will tell you, if I were actively practising, I would be using this because it is important to the patient's outcome.

**Ms Mitchell:** Why did they refuse to use it?

**Mr. Postlewaite:** Because this interferes with their ability to substitute a lower cost product, charge you for this product and pocket the difference.

**Ms Erola:** As I said, the problem is that our product reaching the consumer is really quite rare, because it is repackaged, and that of course is within the realm of the provincial governments. But I think that gives you a very real illustration of how difficult it is for our information to reach the consumer. We are suggesting that for practical reasons, while we endorse original package dispensing, which is the custom in Europe, the first step is to make sure that the system—which I think has been recommended by the CPHA, and perhaps if Carmen Crowe is here she can confirm this—is the terminal, that they use the information that is provided through CPS to the pharmacist and every time that patient is dispensed a product a hard copy is coming from the CPS and presented to the patient.

• 1045

**Ms Mitchell:** I just have a couple of comments. One is that unless I am misinterpreting I am getting a subliminal message here that is anti generic drugs. If that is the case, then I do not see why generic products cannot provide information as well.

**Ms Erola:** No, we are not. This is what we recommend, that they provide it as well. When we say that we go to packaging, then everyone ought to package. We say that it should be mandatory for all drug manufacturers.

No, not at all. We are not saying that only for us. We think it should be for everyone.

**Ms Mitchell:** Yes, because I think that could be dealt with if it is a problem.

[Translation]

reçu, et ne m'en a pas donné un autre. Autrement dit, si je n'avais pas noté sur un bout de papier la ventilation du coût total de mon médicament, je n'aurais pas pu vous donner toutes ces précisions.

Laissez-moi vous donner brièvement un dernier exemple. Il s'agit maintenant d'un médicament pour les ulcères dont voici ici l'emballage de distribution du fabricant. L'emballage contient le nombre requis de sachets pour traiter les ulcères. L'emballage contient également une cassette de renseignements pour le consommateur et un feuillet vous expliquant tout au sujet des ulcères et des ingrédients non médicamenteux contenus dans le médicament. Or, cet emballage n'existe plus depuis maintenant deux ans. Pourquoi? C'est parce que les pharmaciens ont refusé de l'utiliser. Moi qui suis pharmacien, je puis vous assurer que, si je pratiquais mon métier activement, je l'utiliserais, parce que c'est très important pour le bien-être du patient.

**Mme Mitchell:** Pourquoi a-t-on refusé de l'utiliser?

**M. Postlewaite:** Parce que cela empêche les pharmaciens de substituer à ce produit un autre médicament moins coûteux, de vous facturer le produit plus coûteux et d'empocher la différence.

**Mme Erola:** Je répète que la difficulté vient du fait que le produit original arrive rarement entre les mains du consommateur, parce qu'il est réemballé, comme le permet le règlement provincial. Je pense que ces exemples vous ont montré à quel point il était difficile pour nous de renseigner directement le consommateur. Je répète que, pour des raisons pratiques, nous prônerions la distribution du médicament dans l'emballage original, comme cela se fait en Europe; mais pour nous, la première étape, comme l'a recommandé l'Association canadienne de la santé publique et comme pourrait nous le confirmer Carmen Crowe, c'est d'avoir un terminal qui diffuserait l'information fournie au pharmacien par le compendium des produits pharmaceutiques et, chaque fois qu'un patient se voit donner un produit pharmaceutique, de lui fournir une copie préparée, elle aussi, à partir du compendium.

**Mme Mitchell:** Je voudrais faire quelques observations. Tout d'abord, le message qui semble me parvenir de façon subliminale est une opposition aux médicaments génériques. Dans ce cas, je ne vois pas pourquoi on n'y donnerait pas aussi les renseignements nécessaires.

**Mme Erola:** Nous n'y sommes pas opposés, et c'est justement ce que nous recommandons aussi. Si les médicaments doivent être emballés, qu'ils le soient tous et que cela devienne obligatoire pour tous les fabricants de médicaments.

Non, pas du tout. Il ne s'agit pas uniquement de nous mais de tout le monde.

**Mme Mitchell:** Oui, car je pense que l'on pourrait régler cette difficulté.

[Texte]

The other thing I just wanted to comment on again is this. I was listening to this in the former presentation as well. I have just come back from a week with constituents, and particularly I am thinking of elderly people. We have to find some way of simplifying information. I do not know if there is a solution to it here today, but certainly the duplication of drugs that elderly people are taking and the interaction effects of that really worry me very much.

**Ms Erola:** I could not agree more.

**Ms Mitchell:** I just throw that out as a comment. Somehow we have to get some practical ways of getting through, because just reading is not a way of reaching many people.

**Ms Erola:** No, but that is where the role of the health professional comes in. We stress in our brief that the role of the pharmacist and the doctor is essential in this area and that whatever happens at the counter, including the print-out from the computer, should be accompanied by advice from that pharmacist. The role of the pharmacist is essential, and we are not for a moment suggesting that it should be circumvented. It should be reinforced.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Your brief talks about unanimous agreement for full disclosure of all non-medical ingredients in one form or another. You talk about the consumer's right to know, with which I think we all agree. You have made a couple of suggestions as to how that might be enhanced with computer terminals, which are expensive. A 1-800 line is always busy. You talk about educating the consumers, whether they be seniors or whatever.

I have a feeling that, with smoking educational programs, drinking educational programs, AIDS programs, birth control programs, and food labelling programs, the consumer is going to get sick and tired of being educated and inundated and surrounded and told: if you do this then you are going to die; if you do that then you are going to die; do not eat this; do not eat that; do not buy this; do not buy that. Can I call it information overload?

When I am prescribed something by my doctor, I trust my doctor, and I trust my pharmacist to give me what has been prescribed, what will not be harmful to me but helpful to me.

**Mr. Postlewaite,** you are what I interpret as a "criticism" of your own industry.

**Mr. Postlewaite:** My own profession.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Your own profession.

**Mr. Postlewaite:** Yes. What I am suggesting is—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Why are we here?

**Mr. Postlewaite:** We are examining a problem of information getting through to the patient.

[Traduction]

Je voudrais revenir sur une observation qu'ont fait les témoins précédents. J'ai passé une semaine à rencontrer mes électeurs et en particulier des personnes âgées. Nous devons trouver un moyen de simplifier les renseignements. Je ne sais pas si nous allons trouver une solution à ce problème aujourd'hui, mais je peux vous dire que souvent des personnes âgées prennent des médicaments qui font double emploi, d'où certains effets possibles qui m'inquiètent beaucoup.

**Mme Erola:** Je suis tout à fait d'accord.

**Mme Mitchell:** Il s'agit simplement d'une observation. Il faudrait trouver une solution pratique, car tout le monde ne lit pas les notices explicatives.

**Mme Erola:** Non, et c'est là qu'intervient le rôle des professionnels de la santé. Dans notre mémoire, nous insistons sur celui du médecin et du pharmacien; il est essentiel que ce dernier donne à ses clients des renseignements sur les médicaments qu'ils achètent et ne se contente pas de leur fournir des imprimés d'ordinateur. Le pharmacien joue donc un rôle clé que nous ne proposons nullement de supprimer, au contraire.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous dites dans votre mémoire qu'il faudrait divulguer tous les ingrédients non médicamenteux sous une forme ou sous une autre. Vous parlez du droit du consommateur à être informé, ce sur quoi nous sommes d'accord. Vous présentez quelques suggestions sur la façon de renforcer cela grâce aux terminaux d'ordinateurs, ce qui coûte cher. Les lignes sans frais sont toujours occupées. Vous dites qu'il faut informer les consommateurs, ceux qui sont âgés et les autres.

J'ai l'impression qu'avec des programmes d'information sur le tabagisme, l'alcoolisme, le sida, le contrôle des naissances et l'étiquetage des produits alimentaires, le consommateur va être écoeuré de ce surcroît d'information; on lui dit sans cesse: si vous faites telle ou telle chose, vous en mourrez; ne mangez pas ceci, ni cela; n'achetez pas ceci, n'achetez pas cela. J'ai presque envie de parler d'une inflation de l'information.

Lorsque mon médecin me prescrit un remède, j'ai confiance en lui et je sais que mon pharmacien me vendra ce qui m'a été prescrit, un produit qui ne me sera pas nocif mais qui me fera du bien.

**Monsieur Postlewaite,** vous semblez critiquer votre propre industrie.

**M. Postlewaite:** Ma propre profession.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Votre propre profession.

**M. Postlewaite:** Oui. Je veux dire que. . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Où en sommes-nous?

**M. Postlewaite:** Nous voyons comment le patient peut être informé.

## [Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Based on my opening comments, that I trust my doctor and my pharmacist, and with information overload—do not do this, do not do that—dear God, ladies and gentlemen, we are getting surrounded by this stuff!

**Dr. Karen Gilberg (Chairman, Research and Development Section, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada):** However, I think as a patient you have to take responsibility for your health care.

• 1050

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Who reads those things? Finish your survey from those who do get the proper pamphlet and ask them how many read it from A to Z. I will bet you it is less than 5%.

**Dr. Gilberg:** Let me give you an example. When I was in practice, my practice was composed of patients who had problems with fertility. I felt fertility was very important; and more so than with many other conditions it is something in which you frequently have multiple different options.

I felt it was very important to sit down with my patients, couples, and talk to them about the multiple different options. I would explain to them that here are the options, that they are all equally viable, but that the couple has to make an informed decision on which of the options they wished to use, based on their discussion with me and with anyone else they wished to discuss it with.

Do you know what response I used to get? You are the doctor. You make the decision.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** That is what I just said.

**Dr. Gilberg:** Is that right?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** That is your job.

**Dr. Gilberg:** No, it is not my job. Do you not want to have a role in your own health care? Do you not feel that is important?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I do, but do not misinterpret it that I do not care about health care. I darn well do and hope to be around for a long time, especially in Parliament.

Based again on what I said, we are getting surrounded by this information stuff. Read this, read that. Digest this, digest that. Do not buy this product, buy that product. Do not smoke. Do not drink. Do not eat these foods. Holy Moses! Where are we going?

**Ms Copps:** We will fix that at 11 a.m.

**Dr. Gilberg:** Let me give you another example then. You talked before about your allergies. I have a condition called lactose intolerance. It is a true intolerance to lactose, which is sugar and milk. Lactose, as you know, is a filler that is frequently found in drug products.

## [Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'ai dit en guise d'introduction que j'ai confiance en mon médecin et en mon pharmacien et que nous sommes par ailleurs submergés d'informations, de recommandations et d'interdictions.

**Mme Karen Gilberg (présidente, Division de la recherche et du développement, Association canadienne des fabricants des produits pharmaceutiques):** J'estime cependant que le patient est aussi responsable de sa santé.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Qui lit ces notices? Terminez votre sondage auprès de ceux qui en obtiennent et demandez-leur combien les ont lues d'un bout à l'autre. Je suis sûr que ce sera moins de 5 p. 100.

**Mme Gilberg:** Permettez-moi de vous donner un exemple. Lorsque j'exerçais, je m'occupais de patients ayant des problèmes de fertilité. J'estimais que la fertilité était très importante et qu'il existait à cet égard plusieurs options différentes, plus nombreuses que dans beaucoup d'autres maladies.

Il me paraissait très important de discuter avec mes patients, des couples, pour leur présenter les nombreuses options. Je leur expliquais ce qu'elles étaient, en leur disant qu'elles étaient toutes également valables, mais que c'était au couple de décider quelle option choisir, après avoir discuté avec moi et avec d'autres s'ils le voulaient.

Savez-vous ce qu'ils me répondaient en général? Que j'étais le médecin et que c'était à moi de décider.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est ce que je viens de dire.

**Mme Gilberg:** Cela vous paraît-il juste?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est votre travail.

**Mme Gilberg:** Non. Ne voulez-vous pas vous charger aussi de votre propre santé? Cela ne vous paraît-il pas important?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, n'ayez pas l'impression que je m'en désintéresse! Loin de là, et j'espère vivre longtemps, surtout comme député.

Encore une fois, nous sommes submergés par toute cette information. Lisez ceci, lisez cela. Digérez ceci, digérez cela. N'achetez pas ceci, achetez cela. Ne fumez pas. Ne buvez pas. Ne mangez pas ces aliments. Grand Dieu! Où allons-nous?

**Mme Copps:** Nous en déciderons à 11 heures.

**Mme Gilberg:** Je vais vous donner un autre exemple. Vous nous avez parlé de vos allergies. J'ai moi-même une véritable intolérance au lactose qui est un sucre contenu dans le lait. Vous savez que le lactose est très souvent utilisé comme excipient dans les produits pharmaceutiques.



## [Texte]

When a prescription is given to me and I go to the pharmacist, the pharmacist is not going to stand there and ask me if I have any allergies or any intolerance to these things. It is my role as a responsible patient, as a responsible consumer, to tell them that I have lactose intolerance and to please ensure that I do not receive a product that contains lactose.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes, but your doctor who prescribes it will know that.

**Dr. Gilberg:** No, it may be substituted.

**Ms Erola:** It may be substituted.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It may be, yes.

**Ms Erola:** Having been told that, it is then up to the pharmacist to check in this "bible" I referred to earlier to see if indeed the product that he or she is dispensing does contain lactose. It is there and available to the pharmacist.

However, there is also a degree of responsibility, as Dr. Gilberg has pointed out, on the part of the patient.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** To inform themselves.

**Ms Erola:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes, but you buy the box, you go home, you open it, and you take a pill. You do not read all the stuff inside. Sorry, I do not.

**Ms Erola:** We are stressing the need for the role of the pharmacist and the doctor in this whole situation. That is why we are saying that it is almost impossible for us to put it on the label, that the practical solution is to make sure that the information in here is relayed to the consumer when it is necessary.

We stress the need to have that information available here in that compendium through full disclosure.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** In those boxes you buy from the pharmacy.

**Ms Erola:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** That is fair. You have pointed out some logistical problems in there now, such as bilingualism requirements.

**Mr. Postlewaite:** May I outline two scenarios that relate to reactions to drugs.

First there are substances that people know they are allergic to, such as lactose intolerance, and in those cases we agree with the Allergy Information Association. At point of purchase, that information has to be visible to those patients so that they can protect themselves. They know that they are allergic to them.

The other scenario is discovering an adverse reaction after the fact, and you need to know everything that is in the product. There invariably a health professional is involved, and if you have the complete information in the

## [Traduction]

Lorsque l'on me donne une ordonnance que je remets au pharmacien, ce dernier ne va pas me demander si j'ai des allergies ou certaines intolérances. C'est à moi comme patient et comme consommateur responsable de lui dire que j'ai une intolérance à ce produit en lui demandant de bien vouloir vérifier que le médicament qu'il va me donner n'en contient pas.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, mais votre médecin doit le savoir puisqu'il vous l'a prescrit.

**Mme Gilberg:** Non, puisque le médicament peut être remplacé par un autre.

**Mme Erola:** C'est possible.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** En effet.

**Mme Erola:** Mais c'est au pharmacien de vérifier dans sa «bible» dont j'ai parlé précédemment pour voir si ce produit contient ou non du lactose. Le pharmacien peut donc vérifier ce qu'il en est.

Cependant, comme l'a dit le docteur Gilberg, le patient a aussi certaines responsabilités.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Celle de s'informer.

**Mme Erola:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, mais vous achetez le médicament, vous rentrez chez vous et vous prenez votre pillule. Vous ne lisez pas toutes les notices. Je suis désolé, en tout cas je ne le fais pas.

**Mme Erola:** Nous insistons sur le rôle essentiel du pharmacien et du médecin dans ce contexte. Nous disons qu'il nous est pratiquement impossible de tout inscrire sur l'étiquette, et que la solution pratique est de veiller à ce que le consommateur soit informé, le cas échéant.

Nous soulignons la nécessité de divulguer pleinement tous les renseignements dans la notice.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Dans les boîtes que vous achetez à la pharmacie.

**Mme Erola:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Cela me paraît juste. Vous avez dit qu'il pourrait y avoir certains problèmes de logistique, comme les exigences en matière de bilinguisme.

**M. Postlewaite:** Je voudrais présenter deux scénarios concernant les réactions aux médicaments.

Il existe tout d'abord des substances auxquelles des gens se savent être allergiques, comme le lactose, et à cet égard, nous appuyons l'Allergy Information Association. En achetant le médicament, les patients doivent pouvoir y trouver ce renseignement pour pouvoir se protéger.

L'autre scénario est la manifestation d'effets secondaires après ingestion du médicament, et c'est alors qu'il faut savoir tout ce qu'il contient. Un professionnel de la santé intervient toujours dans ces cas, et s'il dispose

[Text]

health professional's hands you can look at the probable causes.

Those are not avoidable adverse reactions. Those are reactions for the first time, which somebody does not know about. I am not going to read this information on this package every time I renew my prescription, and this is going to be a long-term prescription. However, I would certainly read the information about my condition and the contents if I knew I was allergic to something, to see if anything I was allergic to was on there. Then if I can rest assured that the product is not changed without my prior knowledge, I do not have to read it again.

• 1055

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Okay. Thank you.

**Mr. Hardey:** I am quite disturbed by some of the evidence here regarding the practices of certain pharmacists in dispensing and changes and so on. Some of the situations you have brought to light here are something we should pursue, I am sure.

I am more interested in the allergy victim, whether it be through food outlets or drug dispensing problems. When we start talking about information overload, there is no such thing as information overload when you are dealing with someone who is an allergy victim. That person must be in a position to get that information, and that is what we are really trying to deal with here.

It appears to me that, in the days of computers and technology at our fingertips, persons upon request should be able to go to some type of computer terminal and have access to run down any particular drug. Non-medical ingredients should be automatically listed there so that if a person wants that information at any given time—he suddenly finds himself with another product—it is just a simple matter of asking for those ingredients. They should be able to spot anything that is there. Why can that not happen without a whole lot of confusion? This is a very serious problem that has been brought to light and yet we seem to be going through the exercise of trying to deal with mandatory labelling rather than information on request. Is not information on request the simplest and the easiest to develop?

**Dr. Gilberg:** We agree that information on request should be available. We suggest in our proposal that this information be made available in things that are readily accessible, such as the CPS, or computer terminals, or via a 1-800 number—certainly in the CPS, and, in addition, those other things. Health professionals will be able to access them and patients will be able to access them readily, either via their health professional or via these other things, like the 1-800 number or the computer terminal.

We should point out the fact that generic products do not have in many cases separate product monographs in

[Translation]

de tous les renseignements nécessaires, les causes probables sont faciles à trouver.

Certaines réactions négatives sont inévitables. Lorsqu'elles se produisent pour la première fois, on ne sait pas à quoi elles sont dues. Je ne vais pas relire la notice du médicament à chaque fois que je renouvelle mon ordonnance, surtout lorsque le médicament est prescrit pour un certain temps. Mais je prendrai soin de lire les renseignements portant sur ma maladie et sur le contenu du remède si je sais que je suis allergique à une substance, pour savoir si le médicament en contient. Si je suis sûr que le produit ne sera pas modifié sans que je le sache, il ne me sera plus nécessaire de relire la notice.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très bien. Merci.

**M. Hardey:** Ce qu'ont dit des témoins au sujet de certains pharmaciens qui modifient des ordonnances m'a beaucoup inquiété. Je suis convaincu qu'il faudrait examiner davantage certaines des situations dont vous avez parlé ici.

Je m'intéresse à ceux qui souffrent d'allergies, et à leur situation lorsqu'ils achètent des produits alimentaires ou pharmaceutiques. Nous avons parlé d'un surcroît d'information, mais il ne s'applique pas du tout à ceux qui souffrent d'allergies. Ils doivent pouvoir s'informer, et c'est de cela que nous essayons de nous occuper ici.

Il me semble qu'à cette époque de l'informatique où la technologie est à la portée de tous, on devrait pouvoir consulter un terminal d'ordinateur pour obtenir toutes les données concernant un certain médicament. Les substances non médicamenteuses devraient être automatiquement énumérées afin que ceux qui voudraient les connaître puissent le faire s'ils s'aperçoivent qu'on leur a donné un autre produit. L'ordinateur devrait pouvoir leur donner tous les renseignements nécessaires. Pourquoi cela ne pourrait-il pas se faire sans difficulté? On a mis en lumière un problème très grave, et nous semblons essayer de le résoudre au moyen d'étiquettes obligatoires plutôt que de renseignements à fournir sur demande. Cette dernière solution n'est-elle pas la plus simple et la plus facile à réaliser?

**Mme Gilberg:** Il est vrai que les renseignements devraient être donnés sur demande. Nous avons recommandé dans nos propositions que ces renseignements soient disponibles dans des documents qui existent déjà comme le compendium des produits pharmaceutiques ou par le truchement de terminaux d'ordinateurs, ou au moyen d'un numéro sans frais—en tout cas dans le compendium et en plus grâce à ces autres moyens. Les professionnels de la santé pourront y avoir accès, et les patients le pourront aussi par l'intermédiaire soit de leur médecin ou de ces autres moyens comme le numéro sans frais ou le terminal d'ordinateur.

Je voudrais souligner que dans bien des cas, le compendium ne présente pas de monographies séparées



[Texte]

the CPS and so the patient would not be able—unless it is a required process or mandated—to obtain that information on generic products from the CPS unless changes are made.

**Mr. Hardey:** That is exactly what I am speaking of here. This is exactly what we should zero in on. No one should be in a position to not supply that information on request.

**Ms Erola:** Yes, we feel mandatory disclosure—

**Mr. Hardey:** Displaying it on the package may be an example of overkill, as far as information is concerned. If you are not an allergy sufferer, I realize that is a lot of information which is costly and, in most cases, not really appreciated. I am really talking about 99.99 something or other, because the allergy victim is not that terribly common when it comes to the population of the nation. We need to have that information there upon request, and why not at the pharmacy? Why can we not just type in the request and have it flash up on the screen? That is not terribly complicated and it is ongoing. As a new product is introduced that information is put into the computer. It is always available. Why do we have to go through a 1-800 number to get this information?

**Ms Erola:** What we are saying is that very often a patient will want to know this information while at home. The patient does not have access to a pharmacist immediately. If there were a 1-800 number available, he could call.

• 1100

**Mr. Hardey:** Well, I guess I am going to throw this whole thing in with the restaurants and the food caterers and the pharmacists. People should be able to have that information as they request the product, whether it is a hotdog or it is an ulcer medication.

**Ms Erola:** At point of purchase.

We could not agree more. We think the route of having the compendium of pharmaceuticals and specialties computerized and print-outs given to the consumer is really the most practical way to go.

**Mr. Hardey:** A print-out?

**Ms Erola:** Yes—that would go to the consumer at point of purchase.

**Mr. Hardey:** That is where I disagree. I really think we have to do this with a higher grade of technology. Again, I am talking about the computer approach, information—

**Ms Erola:** I am talking computer as well.

**Mr. Hardey:** As well. But the print-out I do not think is accomplishing it. I think we have to zero in on the information out of computers. Again, I refer back to a restaurant or a fast food outlet, which could very well have that same computer at the establishment, so when

[Traduction]

pour les produits génériques de sorte que le patient ne pourrait pas obtenir de renseignements à leur sujet, à moins d'exigences ou de changements à ce sujet.

**M. Hardey:** C'est exactement ce dont je suis en train de parler ici. C'est exactement là-dessus qu'il faudrait concentrer nos efforts. Personne ne devrait être en mesure de ne pas avoir à fournir de renseignements sur demande.

**Mme Erola:** Oui, nous estimons que la divulgation obligatoire. . .

**M. Hardey:** Ce serait peut-être exagéré de donner les renseignements sur l'emballage si vous ne souffrez pas d'allergie. Fournir tous ces renseignements coûte cher et, dans bien des cas, les consommateurs ne s'y intéressent pas vraiment. La proportion de ceux qui souffrent d'allergies est minime par rapport au reste de la population. Si les renseignements doivent être donnés sur demande, pourquoi ne pas confier cette tâche aux pharmaciens? À l'aide de l'ordinateur, le processus serait très simple et les renseignements sur les médicaments existeraient de façon permanente. Pourquoi passer par un numéro sans frais pour se renseigner?

**Mme Erola:** Mais très souvent, le patient veut obtenir ce renseignement lorsqu'il est chez lui. Il ne peut pas communiquer tout de suite avec son pharmacien mais il pourrait appeler un numéro sans frais s'il était disponible.

**M. Hardey:** Bon, j'imagine que je vais tout y mettre: les restaurants, les traiteurs et les pharmaciens. Les gens devraient pouvoir obtenir ces renseignements lorsqu'ils demandent un produit, que ce soit un hot-dog ou un médicament contre les ulcères.

**Mme Erola:** Aux points de vente.

Nous sommes tout à fait d'accord. Nous croyons qu'établir à l'ordinateur une liste des produits pharmaceutiques et des produits spéciaux et de fournir des imprimés aux consommateurs, c'est vraiment le moyen le plus pratique d'y arriver.

**M. Hardey:** Un imprimé?

**Mme Erola:** Oui—il sera fourni aux consommateurs aux points de vente.

**M. Hardey:** Là, je ne suis plus d'accord. Je pense vraiment qu'il faudrait faire appel à une meilleure technologie. Encore une fois, je songe à l'ordinateur, à l'information. . .

**Mme Erola:** Moi aussi, je songe à l'ordinateur.

**M. Hardey:** D'accord. Mais je ne crois pas que le but sera atteint au moyen d'imprimés. Je crois qu'il faudra nous concentrer sur les renseignements qui se trouvent dans l'ordinateur. Encore une fois, je pense à un restaurant ou à tout autre établissement de ce genre, qui



[Text]

information about the product is requested they could simply request that information—

**Ms Erola:** That is what we are saying.

**Mr. Hardey:** —to flash up on the computer screen. But you cannot put that label on certain products.

**Mr. Mike O'Flaherty (Chairman, Plant Operations Section, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada):** I think we are saying the same thing.

**Ms Erola:** The same thing.

**Mr. Hardey:** I think we are.

**Mr. O'Flaherty:** We are proposing that it be available to put it up on the screen; but in addition, to print what is on that screen, so the patient can take home a copy of that information.

**Ms Erola:** Of what is out there.

**Mr. Hardey:** Yes, I suppose. I am not sure what that aspect really accomplishes. Once that information is received by that patient, he has that information. Why he has to be reminded, I do not know. But I understand what you are saying.

**Ms Erola:** We are just reinforcing the spoken word, or the visual impact on the computer.

**Mr. Postlewaite:** I guess there is no one simple solution to a complex communications problem. It has to be a package of effort in the consumer's interest, if that involves printing on a package such that the consumer can see at point of purchase if there is anything in there that he knows he is allergic to, through to complete disclosure of every non-medicinal ingredient in professional sources, so you can find out after the fact or upon request, as you suggest; and through the use of computer terminals in pharmacies as well.

**Ms Erola:** And that we all live by the same rules; that everyone who manufactures drugs would have to produce that information and it would all be available in the compendium.

**Mr. Postlewaite:** You mentioned that people who have allergies represent a small proportion of the population. I know people in Health and Welfare will say one adverse reaction is one too many. Ms Mitchell mentioned seniors, and their problems with drugs. If you consider that 30% of hospital admissions of seniors in this country are drug related, we know we have a problem of proportion here.

**Mr. Hardey:** I am still hung up on the fact that when it comes to a mandatory label, there is always a time and a

[Translation]

pourrait fort bien avoir le même ordinateur sur place, de sorte que, lorsqu'il y a demande de renseignements, on pourrait tout simplement fournir l'information. . .

**Mme Erola:** C'est exactement ce que nous disons.

**M. Hardey:** . . . qui serait affichée sur un écran d'ordinateur. Mais il y a des produits sur lesquels on ne peut apposer des étiquettes.

**M. Mike O'Flaherty (président, section de la planification opérationnelle, Association canadienne de l'industrie du médicament):** Je crois que nous disons la même chose.

**Mme Erola:** La même chose.

**M. Hardey:** Je le crois aussi.

**M. O'Flaherty:** Nous proposons que l'information soit affichée sur un écran, mais en outre, d'imprimer ce qui est sur l'écran, pour que le malade puisse apporter avec lui cette information.

**Mme Erola:** De ce qui s'y trouve.

**M. Hardey:** Oui, j'imagine. Je me demande encore ce que cela va vraiment accomplir. Une fois que l'information parvient au malade, il l'a en main. Pourquoi faudrait-il le lui rappeler, je l'ignore. Mais je comprends ce que vous voulez dire.

**Mme Erola:** Ce serait simplement un moyen de renforcer ce qui a été dit oralement. l'impact visuel de l'ordinateur.

**M. Postlewaite:** J'imagine qu'il n'y a pas de solution simple à un problème complexe de communication. Il doit s'agir d'une combinaison d'efforts déployés dans l'intérêt du consommateur, si cela exige d'imprimer sur l'emballage tout ce que le consommateur peut voir aux points de vente, au cas où il y aurait un ingrédient auquel il sait fort bien qu'il est allergique, ainsi que la divulgation complète de tous les ingrédients non médicamenteux par les professionnels, pour que l'on puisse se renseigner après le fait ou sur demande, comme vous le proposez, et grâce aussi à l'emploi de terminaux d'ordinateurs dans les pharmacies.

**Mme Erola:** Ainsi nous serions tous assujettis aux mêmes règles, tous les fabricants de drogues auraient à fournir ces renseignements, qui figureraient tous dans la liste.

**M. Postlewaite:** Vous avez dit que les gens qui souffrent d'allergies représentent une faible proportion de la population. Je connais des gens à Santé et Bien-être Canada qui vous diront qu'une seule réaction défavorable, c'est une réaction de trop. M<sup>me</sup> Mitchell a parlé des personnes âgées et de leurs problèmes relativement aux médicaments. Si l'on considère que 30 p. 100 des personnes âgées admises dans un hôpital au Canada ont des problèmes de médicaments, on doit admettre que c'est un problème qui devient alarmant.

**M. Hardey:** J'en reviens à la question de l'étiquetage obligatoire; il y aura toujours des occasions où

[Texte]

place where that information will not be available, for whatever reason.

I guess I keep moving away from your field, pharmacy, and into food outlets. But there are so many areas, and probably with drugs as well, where the labels just cannot be written on that product. It may be dispensed in a hospital or something. There is always that opportunity where the onus has to be on the victim to ask for the information; and of course there is where you have to move into the area of how you find that information. If you can find a package, if somebody has not thrown out the little flyer that goes with it, I suppose you could find that.

In the area of food, people, if they are patient enough, usually can get the information, and then later on that same person will say, I have that information for you today, but next time please do not ask me if I am busy, because we do not have time to get that information. There has to be a system where there are not links within the system that are voids so that person is denied that information if he or she needs it. That is really what we are coming at.

**Mr. Postlewaite:** I guess you are touching on what we have found through four years of experience, now, with voluntary disclosure on packaging or labelling. We have 100% compliance amongst our membership on producing the information in the CPS and on packages where the package goes to the consumer, but not all companies are members of PMAC. This is the problem Health and Welfare has raised with this issue.

• 1105

**Ms Erola:** This is why we concur with mandatory disclosure. If you can get 69 companies to do it, the only way you are going to get everybody to do it is to make it mandatory.

**Mr. Hardey:** That is correct, yes. Thank you.

**Mr. Rosenbaum:** Two really quick, related questions.

I read an estimate once that said that 90% of prescription pharmaceutical products do not reach the consumer in the original packaging. Is that an accurate estimate?

**Ms Erola:** I would say yes.

**Mr. Rosenbaum:** The other question I have is, do you have an estimate of the incremental costs of providing prescription drugs in original packaging?

**Ms Erola:** We do not, but some of our member companies already do so, witness the packages you have seen this morning. Our association has passed a resolution endorsing original-package dispensing. Certainly this is the practice in Europe.

[Traduction]

l'information ne pourra être obtenue pour une raison quelconque.

J'imagine que je m'éloigne de votre domaine, celui de la pharmacie, pour aborder celui de l'alimentation. Mais il y a tellement d'occasions, et c'est probablement la même chose avec les médicaments, où l'on ne peut apposer d'étiquette sur un produit. Peut-être s'agirait-il de médicaments fournis dans un hôpital. Il y aura toujours des occasions où il incombera à la victime de demander le renseignement; bien entendu, c'est là qu'il faut se demander comment fournir l'information. Si l'on peut trouver l'emballage, si quelqu'un n'a pas jeté la notice qui l'accompagnait, j'imagine que c'est là que l'on trouvera l'information.

En matière d'aliments, les gens, s'ils ont suffisamment de patience, vont normalement obtenir l'information, mais plus tard quelqu'un vous dira: j'ai ce renseignement pour vous aujourd'hui, mais la prochaine fois, veuillez ne pas me le demander si je suis occupé, car nous n'avons pas toujours le temps de trouver l'information. Il faut donc concevoir une chaîne dans laquelle aucun maillon n'est faible, pour que personne ne soit privé du renseignement dont il ou elle a besoin. Voilà ce à quoi nous voulons vraiment en venir.

**M. Postlewaite:** J'imagine que vous abordez ce que nous avons constaté au bout de quatre années de divulgation volontaire sur l'emballage ou l'étiquette. Tous nos adhérents conviennent de fournir les informations qui se trouvent dans le compendium et de les inscrire sur les emballages destinés à la consommation, mais ce ne sont pas toutes les sociétés qui font partie de l'ACIM. Voilà la question que Santé et Bien-être Canada a soulevée à ce propos.

**Mme Erola:** Voilà pourquoi nous souscrivons à la divulgation obligatoire. Si on veut l'exiger de 69 sociétés, le seul moyen de les y obliger, c'est de rendre la chose obligatoire.

**M. Hardey:** C'est exact. Merci.

**M. Rosenbaum:** J'ai deux brèves questions pertinentes.

J'ai lu quelque part que 90 p. 100 des produits pharmaceutiques obtenus sur ordonnance ne parviennent pas aux consommateurs dans leur emballage d'origine. S'agit-il d'une proportion exacte?

**Mme Erola:** A mon sens, oui.

**M. Rosenbaum:** Voici mon autre question: avez-vous estimé ce qu'il en coûterait en sus de fournir les médicaments d'ordonnance dans leur emballage d'origine?

**Mme Erola:** Non, quoique certains de nos adhérents le fassent déjà, comme le prouvent les emballages que vous avez vus ce matin. Notre association a adopté une résolution en faveur de la vente dans les emballages d'origine. C'est une pratique courante en Europe.



[Text]

**Mr. Postlewaite:** You talk about the incremental cost of dispensing it in the box provided by the manufacturer. You could say there is an incremental cost in throwing this package away and repackaging it in a second package. could you not?

**Ms Erola:** His question is the incremental cost to the manufacturers. We have not done that assessment because it has not been required, but certainly many of our companies are already so doing.

**The Chairman:** Ms Erola, I have long had concerns about household products, most of which do not contain ingredient listings at all. I would think some of your companies probably are involved in making cleansers, cleaners or furniture polish, that type of thing, which contain ingredients that are very dangerous, particularly to kids. Do you have any thoughts on that problem at all?

**Ms Erola:** I have thoughts on it but I am not in a position to speak, nor is anybody here, because we are not involved in those products. Our association represents only prescription products. While many of our companies may be involved in those lines, we do not have any association with that part of the business.

**The Chairman:** Would it make sense, though, to require ingredient specifications on packaging for those products as you are being asked to do for prescription products?

**Mr. Postlewaite:** Some of our members are in the chemical field, the agricultural and veterinary field, the hospital products field, which make hospital antiseptics and that sort of thing, but we represent the pharmaceutical division of these companies. The other divisions that may be in the agricultural and chemical areas would be represented through the Canadian Chemical Producers' Association, for example. We have no authority over that aspect of their business.

**Ms Erola:** We have no dealings with that aspect, but they would certainly come under the wing of Health and Welfare Canada and the various bureaux that watchdog this. I think the Chemical Producers' is the route to go on that one.

**The Chairman:** On behalf of the committee, may I thank you, Ms Erola, and your colleagues, for being with us today. It has been very helpful to have your brief and to have the excellent demonstration Mr. Postlewaite put on as well. We appreciate your being with us. Thank you very kindly.

**Ms Erola:** Thank you.

**The Chairman:** This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

**M. Postlewaite:** Vous parlez des coûts additionnels qu'entraînerait l'emploi de l'emballage fourni par le fabricant. Ne pourrait-on dire qu'il en coûte également de jeter cet emballage et de réemballer le produit?

**Mme Erola:** Sa question avait trait aux coûts additionnels pour les fabricants. Nous ne les avons pas évalués, car personne ne nous l'a demandé, mais il est évident que beaucoup de nos adhérents le font déjà.

**Le président:** Madame Erola, je m'inquiète depuis longtemps au sujet des produits ménagers, dont la plupart ne renferment aucune liste d'ingrédients. Il est probable que certains de vos adhérents fabriquent aussi des détergents, des produits de nettoyage, de la cire pour meubles et ainsi de suite, qui renferment des ingrédients plutôt nocifs, surtout pour les enfants. Auriez-vous une opinion à ce sujet?

**Mme Erola:** J'ai mon opinion là-dessus, mais je ne suis pas en mesure d'en parler, pas plus que les autres qui sont ici, car nous n'avons rien à voir avec ces produits. Notre association représente uniquement les fabricants de médicaments d'ordonnance. Quoique beaucoup de nos adhérents puissent fabriquer ces autres produits, notre association ne s'intéresse pas à cet aspect de leurs entreprises.

**Le président:** Ne conviendrait-il pas, toutefois, d'exiger que les ingrédients de ces produits soient énumérés, tout comme on l'exige pour les médicaments d'ordonnance?

**M. Postlewaite:** Quelques-uns de nos adhérents fabriquent des produits chimiques, des produits pour les agriculteurs et les vétérinaires, des produits pour les hôpitaux, comme des antiseptiques, mais nous représentons le côté pharmaceutique de ces entreprises. Ceux qui fabriquent également des produits agricoles ou chimiques seraient alors représentés par l'entremise de l'Association canadienne des fabricants de produits chimiques, mettons. Nous ne jouissons d'aucun pouvoir quant à cet aspect de leurs entreprises.

**Mme Erola:** Nous ne touchons pas à ces autres aspects, mais il est évident que ces derniers relèvent de Santé et Bien-être Canada et des divers organismes de réglementation. Dans ce cas, je crois aussi qu'il faudrait s'adresser à l'Association des fabricants de produits chimiques.

**Le président:** Au nom du Comité, permettez-moi de vous remercier, madame Erola, vous et vos collègues, d'être venus aujourd'hui. Il nous a été des plus utiles de recevoir votre mémoire et d'assister à l'excellente démonstration que M. Postlewaite nous a fournie. Nous savons gré d'être venus. Merci bien.

**Mme Erola:** Merci.

**Le président:** La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

*From the Canadian Restaurant and Food Services Association:*

William Dover, President;

Douglas C. Needham, Executive Vice-President.

*From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada:*

Hon. Judy Erola, President;

Dr. Karen Gilberg, Chairman, Research and Development Section;

Mike O'Flaherty, Chairman, Planification Operations Section;

Gordon Postlewaite, Director, Public Affairs.

#### TÉMOINS

*De l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation:*

William Dover, président;

Douglas C. Needham, vice-président exécutif.

*De l'Association canadienne de l'industrie du médicament:*

L'honorable Judy Erola, présidente;

Karen Gilberg, présidente, Section de la recherche et du développement;

Mike O'Flaherty, président, Section de la planification opérationnelle;

Gordon Postlewaite, directeur, Affaires publiques.

CAI  
X224  
-1151  
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 50

Monday, June 6, 1988

Tuesday, June 7, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 50

Le lundi 6 juin 1988

Le mardi 7 juin 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

### CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONDAY, JUNE 6, 1988

(70)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 7:03 o'clock p.m., in Room 308, West Block, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell and Brian White.

*Acting Member present:* Alan Redway for Paul W. McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Canadian Association of Occupational Therapists:* Thelma Gill, President; Donna Campbell, Government Affairs Liaison. *From the Victorian Order of Nurses for Canada:* Dr. Helen Mussallem, First Vice-President; Lorette Sutton, National Associate, Executive Director; Donna Roe, National Executive Director.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Ms Gill made a statement and, with the other witness, answered questions.

The witnesses made statements and answered questions.

At 8:55 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, JUNE 7, 1988

(71)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:33 o'clock a.m., in Room 705, 151 Sparks, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday and Margaret Anne Mitchell.

*Acting Members present:* Mary Collins for Barry Turner; Sid Fraleigh for Léo Duguay and Joe Reid for Paul W. McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Consumers Association of Canada:* Dr. Richard Plain, Co-Chairman; Jean Jones, Past National President; Robert Best, Senior Policy Research Officer. *From the Medical Reform Group of Ontario:* Dr. Robert James, Member, Steering Committee; Dr. Haresh Kirplani, Member, Steering Committee; Dr. Michael Rachlis, Health Policy Advisor.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

**PROCÈS-VERBAUX**

LE LUNDI 6 JUIN 1988

(70)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 19 h 03, dans la pièce 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell et Brian White.

*Membre suppléant présent:* Alan Redway remplace Paul W. McCrossan.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association canadienne des ergothérapeutes:* Thelma Gill, présidente; Donna Campbell, Liaison, Affaires gouvernementales. *Des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:* Docteur Helen Mussallem, première vice-présidente; Lorette Sutton, adjointe nationale, directrice générale; Donna Roe, directrice générale nationale.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé du Canada et de son financement.

M<sup>me</sup> Gill fait une déclaration, puis elle-même et l'autre témoin répondent aux questions.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

À 20 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 7 JUIN 1988

(71)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 33, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday et Margaret Anne Mitchell.

*Membres suppléants présents:* Mary Collins remplace Barry Turner; Sid Fraleigh remplace Léo Duguay; Joe Reid remplace Paul W. McCrossan.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association des consommateurs du Canada:* Docteur Richard Plain, coprésident; Jean Jones, ancienne présidente nationale; Robert Best, chargé principal de recherche en matière de politique. *Du Groupe de la réforme médicale de l'Ontario:* Docteur Robert James, membre, comité directeur; Docteur Haresh Kirplani, membre, comité directeur; Docteur Michael Rachlis, conseiller en matière de politique sanitaire.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

The witnesses made statements and answered questions.

Dr. James made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:08 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

Le Docteur James fait une déclaration, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

À 11 h 08, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



## EVIDENCE

*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Monday, June 6, 1988

• 1902

**The Chairman:** The Chair sees a quorum for the hearing of witnesses. We are here this evening in accordance with our mandate under Standing Order 96(2), consideration of the health care system in Canada and its funding. Our first witnesses tonight are representatives from the Canadian Association of Occupational Therapists. We have Ms Thelma Gill and Donna Campbell, and I want to welcome you both.

It is particularly hard on Monday nights to get members out, but we do have a quorum for hearing evidence, so we will proceed. I believe we have a copy of your brief. I think it would be helpful if you went through it, totally if you wish, or it may even be better if you want to summarize it, and then we can ask some questions. We have about three-quarters of an hour. Do you wish to proceed?

**Ms Thelma Gill (President-Elect, Canadian Association of Occupational Therapists):** Thank you, Mr. Chairman, and thank you for allowing us the opportunity to present this brief. I had proposed to actually do a précis of the brief, and then we hoped there would be more time for questions. If I may, I will simply proceed to do that, and I will be reading directly from the brief, so it should not be too difficult to follow me.

Beginning on the third page, briefly defined, the practice of occupational therapy is the use of activities to develop skills, restore function, maintain abilities and promote health. Occupational therapy in Canada uses a client-centred approach and this assessment covers all aspects of living, including self-care, productivity, and leisure skills.

• 1905

Occupational therapists may be involved in direct service delivery, in monitoring of services provided by other personnel, or in consultations. They work with clients of all ages, across a wide spectrum of physical and mental disfunction, predominantly in the following areas: in general hospitals, rehabilitation centres, long-term care facilities, mental health programs, government agencies, schools, and community-based services.

## TÉMOIGNAGES

*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le lundi 6 juin 1988

**Le président:** Je constate que nous sommes suffisamment nombreux pour entendre nos témoins. Conformément à notre mandat en vertu de l'article 96(2) du Règlement, nous sommes ici, ce soir, pour examiner le régime de soins de santé au Canada et son financement. Nous accueillons d'abord ce soir des représentants de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Madame Thelma Gill et madame Donna Campbell, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue.

Les lundis soir, il est tout particulièrement difficile de réunir les députés, mais nous sommes suffisamment nombreux pour recevoir vos témoignages et, donc, nous allons commencer. Nous avons je pense copie de votre mémoire. Si vous le voulez, vous pouvez nous le lire au complet, ou encore mieux, vous pouvez nous le résumer et ensuite, nous pourrions vous interroger. Nous pouvons vous accorder environ 45 minutes. Voulez-vous commencer?

**Mme Thelma Gill (présidente élue, Association canadienne des ergothérapeutes):** Merci, monsieur le président. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est offerte de vous présenter ce mémoire. Je me proposais justement de vous faire un résumé du mémoire afin de réserver plus de temps aux questions. Si vous le permettez, c'est tout simplement ce que je vais faire en lisant directement des extraits du mémoire afin de vous faciliter la tâche.

Je commence donc à la page 3. Brièvement, l'ergothérapie peut être définie comme étant une méthode thérapeutique ayant pour objectifs de développer des habilités, de rétablir des fonctions, de maintenir des facultés et de promouvoir la santé au moyen d'activités. Au Canada, les ergothérapeutes utilisent une approche thérapeutique axée sur le client grâce à une évaluation qui englobe tous les aspects de la vie du bénéficiaire, y compris son autonomie, sa productivité et la jouissance de ses loisirs.

Les ergothérapeutes participent tantôt à la prestation des services directs, tantôt à la surveillance des services dispensés par d'autres intervenants; ils sont aussi parfois appelés en consultation. Ils s'occupent de patients de tous les âges, victimes de dysfonctionnements physiques ou mentaux les plus divers, surtout dans les milieux suivants: les hôpitaux généraux, les centres de rééducation, les établissements de soins de longue durée, les établissements chargés d'appliquer des programmes de santé mentale, les organismes gouvernementaux, les écoles et les centres de services communautaires.

## [Text]

Hall outlined many of the major issues that health service delivery would be facing by the end of the decade. From the multitude of factors that would challenge administrators and care-givers, seven primary issues were identified by our association. These are outlined in the brief on page 5. Further, the recent report of the Ontario Health Review Panel examined issues of recurrent themes in reports from committees and task forces at both federal and provincial government levels over the past 15 years.

Both of these reports reflect the needs of the health care system as perceived by CAOT. Influenced further by the client-centred approach, occupational therapy in Canada has supported and emphasized the interaction of the client with the community in all its aspects. CAOT strongly endorsed the philosophy outlined by Health and Welfare, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. However, if gains are to be made through the delivery of community-based care, the association recommends much stronger links between primary care and out-patient services, co-ordinated with readily available, clearly delineated home care programs.

An example of what can be done is seen in a recently developed program in Saskatchewan for people with arthritis. The clients who do not require hospitalization are accommodated in a hostel while receiving treatment, instead of tying up primary-care beds unnecessarily.

In another situation in Montreal, a university-based study used an occupational therapy approach with people with Parkinson's disease and their families. It was demonstrated that a group of such clients who had participated in educational and activity sessions had not deteriorated to the same extent as the control group, who had not been part of such a program.

Health promotion is not the domain of any one profession. It is a philosophy that can and must influence life as a whole. To do so, CAOT recommends that the health care system must move beyond clinical and curative services, which are well recognized, and focus attention on those activities that facilitate individual and collective responsibility for health.

CAOT supports the contention of many disabled Canadians that services are not geared to promoting independence. They are strongly influenced by the medical model, which emphasizes the sick and dependent role. Community-based services encourage independent living, reducing the need for institutionalization. The desire to reduce the number of persons living in institutions is commendable, but disastrous when

## [Translation]

Hall a décrit un grand nombre de problèmes que connaîtront les services de santé d'ici la fin de la décennie. Parmi la multitude de défis auxquels devront faire face les administrateurs et les dispensateurs de soins, l'ACE en a relevé sept principaux qui sont énoncés à la page 5 du mémoire. En outre, dans le récent rapport du groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, on signalait que certains thèmes avaient tendance à revenir constamment dans les rapports de comités de groupe de travail, tant fédéraux que provinciaux, depuis une quinzaine d'années.

Ces deux rapports font état des besoins, en ce qui a trait au système de santé, relevés par l'ACE. Convaincus de leur approche axée sur le client, les ergothérapeutes du Canada insistent pour qu'il y ait interaction entre le patient et la collectivité. L'Association a vigoureusement appuyé l'orientation annoncée par le ministère de la Santé et du Bien-être social dans le document qu'il a publié en 1986, *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Mais pour que la prestation des soins dans les centres de santé communautaires comporte des avantages, l'Association recommande que les soins de premiers recours soient davantage rattachés aux soins externes et qu'ils soient coordonnés avec des programmes de soins à domicile facilement accessibles et clairement définis.

À cet égard, l'exemple du programme mis sur pied récemment en Saskatchewan pour aider les arthritiques nous donne une bonne idée de ce qui pourrait être fait. Ceux qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés sont tout simplement logés dans une auberge où ils reçoivent des traitements au lieu d'occuper inutilement les lits destinés aux soins actifs.

Voici un autre exemple d'intervention. Dans le cadre d'une recherche universitaire, menée à Montréal, on s'est servis des techniques chères aux ergothérapeutes pour aider les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leur famille. On a constaté que les membres du groupe qui avaient participé aux sessions de rééducation et d'activités n'avaient pas périclité autant que ceux du groupe témoin.

La promotion de la santé n'est l'apanage d'aucune profession en particulier. C'est un principe qui peut et qui doit influencer la vie dans son ensemble; pour que cette philosophie devienne la pratique, l'Association recommande que l'orientation des soins de santé cesse d'être la chasse gardée des services cliniques et curatifs, dont la réputation n'est plus à faire et qu'elle vise plutôt à rendre l'individu et la collectivité plus responsables de leur santé.

L'ACE appuie de nombreux Canadiens handicapés dans leurs revendications que les services ne visent pas à promouvoir leur autonomie. Ces services sont fortement influencés par l'approche médicale qui met l'accent sur la maladie et la dépendance. Les centres de santé communautaires encouragent l'autonomie et réduisent le besoin d'institutionnalisation. Vouloir diminuer le nombre de personnes placées en institution est certes un



## [Texte]

implemented without regard for the resources necessary to assist individuals who have been encouraged to be dependent over many years. CAOT recommends that community-based programs be funded and made readily available to those persons who are propelled back into the community by the continuing programs of de-institutionalization and changing attitudes toward health care in keeping with the philosophy of health promotion.

The Committee on Disabled and Handicapped proposed a study of the cost-effectiveness of de-institutionalization in 1981. A subsequent progress report, released in 1987, suggested that such a study was redundant and that a report from the working group established by the Canadian Council on Social Development would address and resolve the issues that had prompted the study in the first instance. CAOT recommends that this report from the working group be made public, for the benefit of service providers, professional organizations, and universities planning for future program developments.

Pioneers of the occupational therapy profession were involved in developing innovative approaches to meeting health care needs. Community- and school-based practices are newly recognized by governments, but have been part of occupational therapy practice for many years, as demonstrated in the historical development of the Canadian Arthritis Society in British Columbia. This society continues to set the pace in the delivery of follow-up services to clients throughout B.C., through mobile travelling units.

• 1910

Another innovative program is the Community Occupational Therapy Associates established in Toronto, which now utilizes the services of more than 100 occupational therapists in a variety of programs. This private agency operates a flexible arrangement that enables scarce professionals to be self-employed. Further innovation was exhibited by an occupational therapist working with an individual which called for her to be creative and innovative using basic materials, with obvious cost savings. An example of this is the success publicized by the Children's Hospital of British Columbia in the use of a helmet moulded from splinting materials by an OT to modify the effects of plagiocephaly in a young child, thus avoiding the need for costly surgical intervention.

The long-term pressures identified in this report and the need for innovative, creative approaches to problem-solving will undoubtedly increase the demand for occupational therapy services. The stress of living in the 1990s will also continue to ensure increased demand for occupational therapy services, which need to be available to all Canadians.

## [Traduction]

objectif louable, mais le résultat est désastreux lorsque l'on essaie de le faire sans se demander si l'on dispose des ressources nécessaires pour aider ceux qu'on a encouragés à demeurer dépendants pendant des années. L'ACE recommande que les programmes de santé communautaires soient financés adéquatement et qu'ils soient offerts aux personnes qui sont réinsérées dans la société en vertu des plans de désinstitutionnalisation et de la nouvelle orientation des soins de santé axée davantage sur la promotion de la santé.

En 1981, le Comité spécial sur les invalides et les handicapés proposait qu'une étude soit menée sur les coûts et les avantages comparatifs de la désinstitutionnalisation. Dans une étude subséquente, publiée en 1987, on laissait entendre qu'une telle étude était inutile et que le groupe de travail formé par le Conseil canadien de développement social aborderait et résoudrait les problèmes qui ont poussés les autorités à commander la première étude. L'Association recommande que le rapport de ce groupe de travail soit rendu public pour le bénéfice des prestataires de services, des associations professionnelles et des universités, qui doivent planifier des programmes.

Les pionniers de l'ergothérapie ont trouvé des approches innovatrices pour répondre aux besoins des personnes qui requièrent des soins. Ce n'est que depuis peu que les gouvernements reconnaissent l'apport des cliniques communautaires et universitaires, mais il y a bien longtemps que les ergothérapeutes y recourent, comme l'illustre l'histoire de la Canadian Arthritis Society de la Colombie-Britannique. Cette association continue d'être à l'avant-garde des services aux anciens patients d'hôpitaux de toute la Colombie-Britannique qu'elle visite à l'aide d'unités mobiles.

Un autre exemple d'innovation est le programme du Community Occupational Therapy Associates établi à Toronto depuis plus de 15 ans, qui fait maintenant appel aux services d'une centaine d'ergothérapeutes pour toute une gamme de programmes. Cet organisme privé permet, grâce à une formule souple, aux rares ergothérapeutes de travailler à leur propre compte. L'ergothérapeute fait souvent preuve de créativité et d'esprit innovateur en réutilisant des matériaux courants, ce qui permet de réaliser de réelles économies. Ainsi, le Children Hospital of British Columbia rapportait récemment l'expérience fructueuse d'un ergothérapeute qui s'est servi d'éclisses pour fabriquer un casque destiné à diminuer les inconvénients d'une plagiocephalie chez un jeune enfant et lui éviter une chirurgie coûteuse.

À la longue, les pressions que nous venons de décrire et la nécessité de trouver des méthodes créatives pour régler les problèmes entraîneront sans doute l'augmentation de la demande de services d'ergothérapie. Le stress de la vie des années 90 continuera aussi de faire progresser la demande de soins ergothérapeutiques auxquels doivent avoir accès tous les Canadiens.



[Text]

In 1980 Hall recommended that post-curative procedures must be put in place to reduce the strain on curative health services in acute-care settings. Over the decade, repeated recommendations to increase the number of allied health professionals have occurred in other reports, but it does not appear that the current system has been effective in implementing the necessary change in focus.

CAOT recommends that increased monies be made available to the universities for increased enrolment in occupational therapy and other rehabilitation education programs in proportion to the anticipated needs and to support clinical research in occupational therapy and other rehabilitation initiatives.

The association believes that the current funding imbalance between allied health services and other health care service categories is having an impact on service delivery. Paramedical services are reported to have taken less than 1.5% of Canada's health care budget since 1975. One example of this imbalance is the classification of directors of allied health programs as middle management, positions that are frequently subject to position cuts. Their responsibilities for quality assurance and accreditation are often overlooked in the drive further to reduce expenditures by yet another percentage point.

Health insurance covers the cost of care within the medical model. Little help is available to those who are seeking to take preventative steps or to utilize available technology and expertise in order to maximize independent living. It has been left too often to charitable groups to provide moneys for equipment that facilitates independent living. Additional benefits are frequently only available through medical referral based on current need, not prevention, thus limiting the average Canadian's ability to increase control over his own health. Provincial plans do not have to conform to a nationally accepted basis so that additional benefits, even on a needs basis, are not readily available to all Canadians.

CAOT calls for review and streamlining of administrative and financial arrangements nationally and provincially among the many different types of health and social services, with a view to encouraging Canadians to assume personal responsibility for health promotion.

Thank you, Mr. Chairman. I would be happy to entertain questions.

**The Chairman:** Thank you very much for the excellent brief. We will start with Mrs. Mitchell.

[Translation]

En 1980, Hall a recommandé qu'un protocole des soins postcuratifs soit admis en place pour réduire l'engorgement des services des soins actifs. Depuis dix ans, on a, à maintes reprises, recommandé l'augmentation du nombre des spécialistes paramédicaux, mais on ne semble pas avoir trouvé le moyen d'adopter cette orientation.

L'ACE recommande que des fonds accrus soient mis à la disposition des universités, pour leur permettre d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants en ergothérapie et dans les autres disciplines où l'on enseigne les techniques de réadaptation, en proportion des besoins anticipés.

L'Association croit que le déséquilibre que l'on constate actuellement dans les budgets des services paramédicaux et ceux des autres catégories de soins a une incidence sur la prestation des services. D'après certaines études, les services paramédicaux ne s'attirent que 1.5 p. 100 du budget global de la santé au Canada depuis 1975. Le fait que les directeurs de services paramédicaux ne soient classés que comme cadres intermédiaires, et que ces postes soient souvent visés par les compressions budgétaires, illustre ce déséquilibre. On oublie souvent qu'il faudrait contrôler et garantir la qualité des services pour réduire les dépenses d'un autre point de pourcentage.

L'Assurance santé rembourse les frais des soins médicaux, mais on accorde peu d'aide à ceux qui cherchent à prendre des mesures préventives ou à utiliser les techniques et les connaissances disponibles pour contribuer le plus possible à ce que les bénéficiaires des services redeviennent autonomes. On a trop souvent laissé aux organismes de charité le soin de financer l'achat d'appareils qui permettent à ces personnes de mener une vie autonome. Trop souvent, les services complémentaires ne sont accessibles que par le biais de demandes de consultations médicales fondées sur le besoin du moment et non sur la prévention, ce qui limite d'autant la capacité du canadien moyen d'exercer un contrôle accru sur sa propre santé. Les gouvernements provinciaux ne sont pas obligés de se conformer à une norme nationale, de sorte que les services complémentaires, même lorsqu'ils correspondent à un besoin ne sont pas facilement accessibles à tous les Canadiens.

L'ACE demande que les modalités administratives financières soient revues et rationalisées au niveau national et au niveau provincial entre les nombreuses catégories de services de santé et d'aide sociale afin d'encourager les Canadiens à assumer leurs responsabilités face à la promotion de la santé.

Merci, monsieur le président. Je serais heureuse de répondre maintenant à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup de cet excellent mémoire. En tout premier, je vais céder la parole à M<sup>me</sup> Mitchell.

[Texte]

**Ms Mitchell:** I would certainly like to start by welcoming our guests tonight from the Association of Occupational Therapists. I wonder if you could tell us a bit more about occupational therapy. One of the things I recall in your brief was the shortage of OTs. It appears that many more are trained than are in the work force at this time, so I would be interested to know about the drop-out rate. I think we can speculate on some of the reasons for that. Also, can you give us an idea of what kinds of patient needs OTs are mostly associated with?

**Ms Gill:** I take there to be three questions in there. First, if I could just tell you a bit more about occupational therapy, we are a profession trained in universities, and there are 12 such educational programs across Canada. The statistics I have are that in 1987 we graduated 370 graduates, and in 1990 that will go up to approximately 435.

**Mr. Duguay:** Are those Canadian figures?

**Ms Gill:** Yes, those are Canadian. We do not have reciprocity with our American colleagues at this point, so if you want to come here and work as an OT then you have to write our examination, as we do if we go there. As a result, there is not a lot of movement across the border.

• 1915

We work with people of almost any disability group—be that physical or mental—and any age range, both in institutions and in the community. The need for our services is expanding greatly as the population ages. People live longer. There are more technological advances.

With the numbers we have, approximately 4,000 members of our association and then the graduate figures I gave you, we cannot keep up with that. We do not have any specific figures on the drop-out rate. We face a couple of difficulties here. Not every province in Canada requires registration of therapists to work in that province, so speculation has it that there are a lot more OTs out there than we know about. That is one of our difficulties.

The other thing we must recognize is that we are predominantly a female profession. We do not feel our drop-out rate is that high, but our moving-in-and-out rate is high, as people leave to have families. I am afraid I cannot give you exact statistics on that.

Our patient needs are probably as varied as the patients. This is what makes the profession exciting and challenging. I think what we certainly feel strongest about are the issues we identified in our brief.

De-institutionalization is a problem. Patients are being moved out of institutions at a much more rapid rate, but the communities lack the support services to either keep

[Traduction]

**Mme Mitchell:** Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos invitées de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Lors de votre exposé, vous avez notamment mentionné qu'il n'y avait pas suffisamment d'ergothérapeutes. Or il semblerait que toutes les diplômées ne sont pas sur le marché du travail et j'aimerais donc savoir quel est le taux d'abandon de la profession. En fait, j'ai mes petites idées sur ce qui explique ce phénomène. Pouvez-vous nous dire également de quel genre de patients les ergothérapeutes s'occupent le plus?

**Mme Gill:** Si j'ai bien compris, vous posez là trois questions. D'abord, en ce qui concerne l'ergothérapie, nous recevons notre formation professionnelle à l'université et le programme est offert dans 12 universités au Canada. D'après les données statistiques que j'ai, en 1987, 370 étudiants ont obtenu leur diplôme et en 1990, il y aura environ 435 diplômés.

**M. Duguay:** Ce sont les chiffres pour le Canada?

**Mme Gill:** Oui, ce sont les données canadiennes. Nous n'avons pas la réciprocité avec nos collègues américains et donc si vous voulez venir ici et travailler, il vous faut vous présenter à notre examen, et vice-versa. Par conséquent, il n'y a pas beaucoup de déménagements d'un pays à l'autre.

Nous travaillons avec des gens souffrant de presque tous les genres d'invalidités, physiques ou mentales, et de tous les groupes d'âge, dans les institutions et la communauté. Nos services sont de plus en plus en demande à mesure que la population vieillit. Les gens vivent plus longtemps grâce aux progrès technologiques.

Vu le nombre que nous sommes, soit quelque 4,000 membres dans notre association et les diplômés dont j'ai déjà parlé, nous ne pouvons pas faire face à la demande. Nous n'avons pas de chiffres précis sur les décrochages. Cela pose quelques problèmes. Toutes les provinces n'exigent pas l'enregistrement des ergothérapeutes qui travaillent dans la province. On pense donc qu'il y a beaucoup plus d'ergothérapeutes au Canada que nos chiffres l'indiquent.

L'autre facteur qu'il faut reconnaître, c'est que la grande majorité des ergothérapeutes sont des femmes. Selon nous, notre taux de décrochage n'est pas tellement élevé, mais il y a beaucoup de gens qui arrêtent de travailler pour avoir une famille et qui reprennent plus tard. Malheureusement, je ne peux pas vous donner de chiffres exacts.

Les besoins de nos clients sont probablement aussi variés que les clients eux-mêmes. C'est ce qui rend notre profession excitante et intéressante. Par ailleurs, les questions qui nous tiennent le plus à cœur sont celles dont nous parlons dans notre mémoire.

La désinstitutionalisation pose un problème. On oblige les malades à quitter les institutions beaucoup plus rapidement qu'auparavant, mais les localités n'ont pas les



[Text]

them there or to provide quality living for them in the community.

The second group of problems relates to people who desire to remain at home as long as possible before they have to move into an institution. We quoted in our brief the example of COTA in Toronto. They have over 100 occupational therapists working for them and have a waiting list of some two months. They could employ many, many more. All their work is in the community.

I do not know if I have answered your questions.

**Ms Mitchell:** Yes, I think you have.

**Ms Donna Campbell (Government Affairs Liaison, Canadian Association of Occupational Therapists):** I have one other point about the manpower shortage. This is not strictly a Canadian phenomenon; it is a world-wide phenomenon. There are just not enough to meet the demand.

**Ms Mitchell:** Would you say that most of the OTs now are working in institutional settings or group living situations?

**Ms Gill:** I would say that most of them are, because that is where the funding base is at this time.

**Ms Mitchell:** Do you see your type of service move toward a community-based preventive kind of service that would be available through community clinics?

**Ms Gill:** Definitely, yes. That is where we would like to be.

**Ms Mitchell:** To resolve the shortage of women power in most cases in your profession, is there a way of using volunteer or lay assistants?

**Ms Gill:** Yes, that is a possibility. It does not solve the problem, but it helps. I keep coming back to COTA because it is such an excellent example of what can be done. They use volunteers. The therapist still has to go in, assess the situation, design the program plan, and maintain the ongoing evaluation, but volunteers can assist with some aspects.

If I may give you an example, I think of a discharged mental health patient who needs to be linked to some community support services. The therapist has done the evaluating and ascertained what those programs should be, but she is not able to provide the linking. A volunteer can actually be a buddy and accompany the patient to the program.

**Ms Mitchell:** What is your relationship to the physician? You say that you do an actual assessment and prescribe a treatment plan, I presume. Are people referred to you by a physician?

**Ms Gill:** Yes.

[Translation]

services de soutien nécessaires pour les garder dans les institutions ou pour leur donner une qualité de vie acceptable dans la communauté.

Le deuxième groupe de problèmes a trait aux gens qui souhaitent rester à la maison le plus longtemps possible avant d'entrer dans un établissement de soins. Nous mentionnons l'exemple de quotas, à Toronto, dans notre mémoire. Cet organisme emploie plus de 100 ergothérapeutes et a une liste d'attente d'environ deux mois. Il pourrait employer encore bien plus d'ergothérapeutes que cela. Tout leur travail se fait au niveau communautaire.

J'espère avoir répondu à votre question.

**Mme Mitchell:** Je pense que vous l'avez fait.

**Mme Donna Campbell (liaison gouvernementale, Association canadienne des ergothérapeutes):** Je voudrais ajouter quelque chose au sujet de la pénurie de main-d'oeuvre. Le phénomène n'est pas uniquement canadien, mais plutôt mondial. Il n'y a tout simplement pas suffisamment d'ergothérapeutes pour satisfaire à la demande.

**Mme Mitchell:** Selon vous, la plupart des ergothérapeutes travaillent-ils maintenant dans des institutions ou dans des foyers communautaires?

**Mme Gill:** Je pense que oui parce que c'est à ce genre d'établissements que vont les fonds.

**Mme Mitchell:** D'après vous, vos services devraient-ils être transformés en services préventifs prodigués à partir de cliniques communautaires?

**Mme Gill:** Certainement. C'est ce que nous voudrions.

**Mme Mitchell:** Pourrait-on avoir recours à des bénévoles ou à des aides non professionnels pour combler la pénurie de main-d'oeuvre dans votre profession?

**Mme Gill:** C'est possible. Cela ne résoudrait pas le problème, mais ce serait utile. Je reviens encore une fois à COTA parce que c'est un excellent exemple de ce qu'on peut accomplir. COTA fait appel à des bénévoles. C'est l'ergothérapeute qui évalue la situation, prépare le programme et poursuit l'évaluation, mais les bénévoles peuvent aider de certaines façons.

Prenons par exemple un malade mental qui a eu son congé de l'hôpital et a besoin de certains services de soutien communautaires. L'ergothérapeute a fait l'évaluation et déterminé quel programme devrait être à sa disposition, mais elle ne peut pas, elle-même, assurer le lien. Un bénévole peut se charger d'accompagner le malade où il doit aller.

**Mme Mitchell:** Quels sont vos rapports avec le médecin? Vous dites que vous faites l'évaluation et j'imagine que vous préparer un programme de traitement. Est-ce que les gens vous sont envoyés par un médecin?

**Mme Gill:** Oui.



[Texte]

[Traduction]

• 1920

**Ms Gill:** Yes.

**Ms Mitchell:** I am trying to get at the physician control of services we hear so much about, or control of the system. It is one thing within a hospital or institutional setting, but another thing out in the community. The reason I am asking you that is this. To what degree do you now or do you think you should be able to work independently of the physician and perhaps be paid for directly under medicare?

**Ms Gill:** At this point in Ontario specifically, there is no third-party payment. So if someone is to access the home care system in Ontario, they have to go through the physician. Knowing that the areas we help people with are self-care, productivity and leisure and recognizing that there are certainly other things they need, we cannot prescribe medication and handle the medical side.

So certainly in conjunction with the physician, and often with him as the back-up person, the occupational therapist is able to work independently in the community. The difficulty, of course, is the payment for service. At this point the client has to pay directly, unless he has accessed that through the health care system.

**Ms Mitchell:** So your association would have been involved in the changes to the Canada Health Act. There was an attempt to get a category within the Canada Health Act that would allow para-professionals or professionals to be covered directly.

**Ms Gill:** That is right. There are some areas where that is very feasible. I think of the parent who has a child who is developmentally delayed. Someone really needs to come into the home and teach the parent how to increase that development. Right now the parent has to pay for that service.

**Ms Mitchell:** How would you like to see it changed?

**Ms Gill:** Again, in consultation with a physician, I think you should be able to bill directly, without having to go through his system.

I do not know if you want to add to that, Donna, from your experience.

**Ms Campbell:** No, I have nothing else to add.

**Ms Mitchell:** You commented, I think, at the end of your report about the need for a review and streamlining of administration and financial services. I wonder if you could be a little more specific. What kinds of changes to the health care system do you think we should be recommending?

**Ms Gill:** I think one of the areas would be more direct access.

**Ms Mitchell:** What do you mean by that?

**Mme Gill:** Oui.

**Mme Mitchell:** J'essaie de comprendre dans quelle mesure le médecin contrôle les services ou le système comme on le prétend souvent. C'est une chose à l'hôpital ou dans un établissement de soins, mais c'est différent dans la communauté. Je vous pose la question pour la raison suivante. Dans quelle mesure pouvez-vous maintenant ou devriez-vous pouvoir travailler indépendamment du médecin et, éventuellement, être rémunérés directement par le régime d'assurance-maladie?

**Mme Gill:** Pour l'instant, il n'y a pas de paiements à des tierces parties en Ontario. Ainsi, si quelqu'un veut profiter des services de soins à domicile en Ontario, il doit passer par un médecin. Nous aidons les gens dans certains domaines, comme les soins personnels, la productivité et les loisirs, et nous reconnaissons qu'ils ont besoin d'autres choses, mais nous ne pouvons pas prescrire de médicaments ou remplacer le médecin.

Par ailleurs, de concert avec le médecin, et souvent avec son appui, l'ergothérapeute peut travailler de façon autonome dans la communauté. Le problème, bien sûr, a trait aux paiements. Pour l'instant, le client doit payer l'ergothérapeute directement, sauf s'il a obtenu ses services par l'entremise du système des services de santé.

**Mme Mitchell:** Votre association a donc sans doute eu quelque chose à voir avec les changements apportés à la Loi canadienne sur la santé. On avait essayé, dans le cadre de ces changements, de créer une catégorie qui permettrait aux paraprofessionnels et aux professionnels de la santé d'être visés directement.

**Mme Gill:** C'est exact. Dans certains cas, c'est tout à fait faisable. Je songe aux parents dont l'enfant a un retard de développement. Dans un cas pareil, il faut que quelqu'un aille à la maison et montre aux parents comment favoriser le développement de son enfant. Pour l'instant, le parent doit payer pour ce service.

**Mme Mitchell:** Quels changements voudriez-vous?

**Mme Gill:** Selon moi, avec l'accord du médecin, l'ergothérapeute devrait pouvoir facturer directement ses services sans passer par le système de services de santé.

Vous avez peut-être quelque chose à ajouter, Donna?

**Mme Campbell:** Non, je n'ai rien à ajouter.

**Mme Mitchell:** A la fin de votre rapport, je pense, vous parlez de la nécessité d'un examen et d'une simplification des services administratifs et financiers. Pourriez-vous être un peu plus précise? Quel genre de changements au système de services de santé devrions-nous recommander, selon vous?

**Mme Gill:** Selon moi, il faudrait notamment un accès plus direct.

**Mme Mitchell:** Que voulez-vous dire?

[Text]

**Ms Gill:** Again, I will use the home care example because it is the one that works. If a family wants some services in the home to keep a person there longer, they now must go to their physician, who must refer them to home care, who must then go into a home and do an assessment and then determine what professional or other support services are needed. They then have to purchase that service, and then the client gets the service.

My point is that in that streamlining, often it is too late. By the time that service is received, the person is institutionalized because the family cannot cope.

**Ms Mitchell:** So how would you see it being operated in a simpler and more direct way?

**Ms Gill:** I am afraid I do not have an immediate easy answer for that. The one that would be nice is to move more of the resources where there is more regional control and not necessarily requiring physician signatures, depending on what is needed. If it is a medical issue, then certainly I have no qualms about that. If it is simply a home support issue, then I think you should be able to miss that step and access the services directly.

**Mr. Redway:** I also would certainly like to welcome you both to the committee and follow up a little bit on the final area of questioning of Mrs. Mitchell, where you call for a review and streamlining of the administrative and financial arrangements nationally and provincially. Particularly since we obviously are national, your recommendations with respect to how we could streamline the administrative and financial arrangements are of more interest to us.

• 1925

You indicated that you thought there should be more direct access. One of the steps you outlined was an assessment step where somebody would assess, I take it, whether your services were needed. I am not sure whether it is a public health nurse now or whether it is a social service agency that does that. Who is it that does that now? And are you recommending that we do away with that?

**Ms Gill:** Any of the above. It happens in a number of ways. It could be a home-care co-ordinator; it could be a physician; it could be the VON.

**Ms Campbell:** It could be through the educational system as well. Particularly children with learning disabilities and such are picked up through the educational system.

**Mr. Redway:** The assessment is made there and the referral would be made to you through—

**Ms Campbell:** In the initial screening a determination is made that there is perhaps some sort of problem that

[Translation]

**Mme Gill:** Je reviens encore une fois à l'exemple des soins à domicile. Si une famille veut obtenir certains services à domicile pour garder le malade à la maison plus longtemps, elle doit d'abord s'adresser au médecin, qui les renvoie aux services des soins à domicile et ceux-ci doivent ensuite aller faire une évaluation sur place pour déterminer de quels services professionnels ou de soutien le malade a besoin. Ensuite, le service doit être acheté avant que le malade ne puisse en profiter.

Dans bien des cas, il est trop tard. Quand le service peut enfin être fourni, le malade a déjà été placé dans une institution parce que la famille ne pouvait pas s'en occuper.

**Mme Mitchell:** Quelle serait une façon plus simple et plus directe de procéder?

**Mme Gill:** Malheureusement, je n'ai pas de réponse toute prête à cela. Ce serait une bonne chose de placer une plus grande partie des ressources sous le contrôle des régions et de ne pas exiger dans tous les cas la signature d'un médecin. Si le problème est médical, je ne m'oppose nullement à obtenir la signature du médecin. S'il s'agit simplement de services de soutien à domicile, il me semble qu'on pourrait omettre cette étape et avoir accès aux services directement.

**M. Redway:** Je tiens, moi aussi, à vous souhaiter la bienvenue au Comité et à continuer quelque peu dans la même veine que M<sup>me</sup> Mitchell. Vous dites qu'il faudrait un examen et une simplification des modalités administratives et financières aux échelons national et provincial. Bien entendu, nous nous intéressons particulièrement à ce que vous pourriez nous recommander pour simplifier les modalités administratives et financières à l'échelon national.

Vous dites que l'accès devrait être plus direct. L'une des étapes dont vous avez parlé était celle de l'évaluation. J'imagine que c'est lorsque quelqu'un détermine si l'on a besoin de vos services. Est-ce une infirmière de la santé publique ou une agence des services sociaux qui s'en occupe maintenant? Voudriez-vous qu'on élimine cette étape?

**Mme Gill:** Ce peut être l'une ou l'autre. Cela peut se faire de bien des façons. L'évaluation peut être faite par un coordonnateur des soins à domicile, par le médecin ou par les infirmières de l'Ordre de Victoria.

**Mme Campbell:** Cela peut aussi se faire dans le système d'enseignement. Les enfants qui ont des troubles d'apprentissage, et ainsi de suite, sont souvent décelés dans le cadre du système d'enseignement.

**M. Redway:** L'évaluation est faite de cette façon-là et le cas vous est renvoyé par l'entremise. . .

**Mme Campbell:** A l'étape de l'évaluation préliminaire, on détermine qu'il existe peut-être un problème qui



[Texte]

needs specific intervention, and then the referral could be brought to our attention.

**Mr. Redway:** Do you think that step could be done away with? Is that what you are saying? Or do you think that because a physician has to be involved in the process that it could be done away with? Is that what you are really recommending?

**Ms Gill:** If it is in the health care system. The educational system, of course, is a little different. I do not think we are recommending that for all cases, no. What we are trying to say is that there needs to be a system where the consumer can have more ready access to the services.

**Mr. Redway:** Direct access?

**Ms Gill:** Direct access.

**Mr. Redway:** Without any other intermediate steps. Is that what you are saying?

**Ms Gill:** Yes. He then begins to take more responsibility for his own health care. It is more of a promotion-prevention look than where you always have to bring the system in.

**Mr. Redway:** Do you see the federal government playing a role in that aspect of it?

**Ms Gill:** I think the federal government can encourage that.

**Mr. Redway:** An encouraging role.

**Ms Gill:** We have listed several reports where people have said we need to encourage Canadians to promote their own health, to be more involved, but the medical systems on the provincial level do not allow—it does not work that way.

**Mr. Redway:** Do you see anything specific that the federal government can do to encourage the provincial governments to carry out the process in such a way that people assume more personal responsibility for promotion of their own health?

**Ms Gill:** No, I am afraid I do not. There is more expertise around this table in terms of federal relations than I would presume to have.

**Mr. Redway:** Does that go for both the administrative and the financial arrangements, or do you distinguish between the two and have a different aspect with respect to one or the other?

**Ms Gill:** No, they go together.

**Mr. Redway:** The other area I am interested in is this whole area of the numbers. Your other recommendation really deals with making more moneys available to universities to support clinical research, etc. You have indicated that you you represent some 4,000 people, whereas some information we have been given is that Health and Welfare Canada feels there are approximately

[Traduction]

nécessite des soins précis et le cas peut ensuite nous être renvoyé.

**M. Redway:** Pensez-vous que l'on pourrait sauter cette étape? Est-ce ce que vous proposez? Croyez-vous que, parce qu'un médecin doit participer à cette étape, on pourrait s'en passer? Est-ce là ce que vous recommandez?

**Mme Gill:** Si c'est dans le système des services de santé. Bien entendu, c'est quelque peu différent dans le système d'enseignement. Nous ne le recommandons pas dans tous les cas. Ce que nous disons, c'est que nous avons besoin d'un système qui permet aux consommateurs d'avoir un accès plus direct aux services.

**M. Redway:** Un accès direct?

**Mme Gill:** Un accès direct.

**M. Redway:** Sans d'autres étapes intermédiaires. Est-ce bien ce que vous dites?

**Mme Gill:** Oui. A ce moment-là, les consommateurs assument davantage de responsabilités pour leurs propres soins de santé. On mettrait davantage l'accent sur la promotion et la prévention que lorsque le système officiel de services de santé doit toujours intervenir.

**M. Redway:** Le gouvernement fédéral devrait-il jouer un rôle quelconque à cet égard?

**Mme Gill:** Selon moi, le gouvernement fédéral peut le favoriser.

**M. Redway:** Il peut fournir un encouragement quelconque.

**Mme Gill:** Nous avons énuméré plusieurs rapports où l'on dit qu'il faut encourager les Canadiens à promouvoir leur propre santé et à jouer un rôle plus actif, mais les systèmes médicaux à l'échelon provincial ne le permettent pas.

**M. Redway:** Y a-t-il une chose précise que le gouvernement peut faire pour encourager les gouvernements provinciaux à appliquer leurs programmes de façon à permettre aux consommateurs d'assumer une plus grande part de responsabilités pour promouvoir leur propre santé?

**Mme Gill:** Non, malheureusement. Les membres du Comité s'y connaissent beaucoup mieux que moi en relations fédérales-provinciales.

**M. Redway:** Est-ce que cela vaut autant pour les modalités administratives que pour les arrangements financiers ou bien faites-vous une distinction entre les deux?

**Mme Gill:** Non, les deux vont de pair.

**M. Redway:** L'autre question qui m'intéresse a trait aux chiffres. Vous recommandez aussi qu'on mette plus d'argent à la disposition des universités pour appuyer la recherche médicale, et ainsi de suite. Vous avez dit que vous représentez environ 4,000 personnes, mais d'après ce qu'on nous a dit, Santé et Bien-être Canada évaluait le nombre des ergothérapeutes au Canada à 2,000 en 1982.



[Text]

2,000 OTs in Canada in 1982. That is a while ago, admittedly. They also indicated that the association has agreed to examine the issue and would comment on it at the committee hearing, if required. Would you like to do that?

**Ms Gill:** Yes. Our office had some discussions with the gentleman who prepared those statistics for you. He spoke with us on Friday. We were very pleased to be able to assure him that the data he had are quite out of date.

In 1986 we began a national certification examination for occupational therapists which you must pass in order to be eligible to practice occupational therapy in Canada. We suddenly had a large influx of membership, and our membership is now 4,000. Our guess would be it is about 80% of the potential membership. There are still some provinces, Ontario being one of them, that do not require any licensing or registration of therapists. You do not have to belong to anything to practice occupational therapy in those provinces. Potentially, there are more.

**Mr. Redway:** Do you have to have a university degree in occupational therapy?

**Ms Gill:** You should, but it is strictly up to the employer in Ontario to make sure that you have done that. Every other province in the country has legislation governing OTs.

• 1930

**Mr. Redway:** Our information as well indicates that—and I am not sure whether this is based on the 2,000 figure or the 4,000 figure—there is a ratio of more than 12,000 persons per OT in Canada. Is that—

**Ms Gill:** That would really depend on the area you are discussing. If I could just give you a couple of examples, in Saskatchewan, for instance, it is 1 to 17,000, whereas in central Ontario it is 1 to approximately 2,500. So it varies across the country.

**Mr. Redway:** In your opinion, is there any optimal number of persons for which there should be one OT, so many people per OT, or is that varied depending on all the circumstances?

**Ms Gill:** It really varies. Our association has not taken a stand on that because client needs are so varied.

**Ms Campbell:** Perhaps I could add to that. I know in my own personal work area I find the more people become aware of what occupational therapists can do or are able to provide for them, the more popular we become.

**Mr. Redway:** More demands for service.

**Ms Campbell:** Yes, then there is more demand for service. So the ratio that was mentioned for central Ontario, which tends to be then of course the area that is more appropriately represented, probably still could use

[Translation]

Bien entendu, cela fait quelque temps. Selon nos sources, l'Association devait voir ce qu'il en était et commenter cette question, au besoin, pendant l'audience du Comité. Voulez-vous le faire maintenant?

**Mme Gill:** Oui. Nous avons parlé de la question à celui qui a établi ces chiffres à votre intention. C'était vendredi. Nous avons été ravis de pouvoir lui garantir que ses chiffres étaient tout à fait périmés.

En 1986, nous avons instauré un examen d'accréditation nationale pour les ergothérapeutes qu'il faut réussir pour exercer cette profession au Canada. Nous avons eu, tout à coup, un grand nombre de nouveaux membres et nous en comptons maintenant 4,000. Nous pensons que cela représente environ 80 p. 100 des ergothérapeutes du Canada. Certaines provinces, notamment l'Ontario, n'exigent pas l'accréditation ou l'enregistrement des ergothérapeutes. Dans ces provinces, un ergothérapeute n'a pas besoin d'appartenir à une association quelconque. Il y en a donc peut-être davantage que cela.

**M. Redway:** Faut-il avoir un diplôme universitaire en ergothérapie?

**Mme Gill:** Ce devrait être nécessaire, mais en Ontario, c'est à l'employeur de s'en assurer. Toutes les autres provinces ont des lois qui régissent les ergothérapeutes.

**M. Redway:** D'après nos renseignements, il y aurait un ergothérapeute pour 12,000 personnes au Canada. Je ne sais si cela tient compte du chiffre de 2,000 ou de 4,000.

**Mme Gill:** Tout dépend de la région dont on parle. Je pourrais vous donner deux exemples en Saskatchewan par exemple, le coefficient est de 1 pour 17,000, alors que dans le centre de l'Ontario il est de 1, pour 2,500. Les chiffres sont donc différents selon l'endroit du pays.

**M. Redway:** Y aurait-il un coefficient maximum ou celui-ci dépend-il des circonstances?

**Mme Gill:** Tout dépend. Notre association ne s'est pas prononcée sur cette question étant donné que les besoins des clients sont tellement variés.

**Mme Campbell:** Je pourrais peut-être ajouter quelques précisions. Dans mon propre domaine de travail je me rends compte que plus on sait ce que font les ergothérapeutes, plus on nous demande. . .

**M. Redway:** Plus on demande vos services.

**Mme Campbell:** Oui. Ainsi le coefficient qui a été mentionné pour le centre de l'Ontario pourrait être encore amélioré. Évidemment je suis ergothérapeute depuis longtemps et j'ai toujours réalisé le potentiel de

[Texte]

more. I am not quite sure, of course. Being an occupational therapist for many years, I have always realized the potential. But it is being discovered by a lot of people, the reason being that we really offer them a way to look after their daily concerns and their problems in living.

**Mr. Redway:** How many more do you think there should be?

**Ms Gill:** That is a difficult question.

**Mr. Redway:** Well, you have called for an increase in moneys to universities to increase enrolment. In order to have some sort of rational program and rationale for that statement and that recommendation, we would have to know how many there should be and why you would arrive at that sort of figure, it seems to me.

**Ms Gill:** Within our association we are just in the process of trying to pull together that sort of data. We are working with a number of the provincial governments to encourage them to do more updated manpower surveys, to look at what the exact vacancy rate is, and with the provincial expansion they have planned, where that then should lead us. So at this point I do not have those figures.

**Mr. Redway:** Have you any idea when you might?

**Ms Gill:** Not all of the governments are co-operating, but I am hoping that in Ontario, certainly within the next six months, we should be able to say something with some confidence.

**Mr. Redway:** Thank you very much.

**Mr. Duguay:** I want to ask some more philosophical questions to which you may have a partial answer or none at all. One of the comments that you made about a family being unable to cope with an elderly father and mother or both, how much of that do you think is that the family cannot cope and how much of it is that they will not cope?

**Ms Gill:** You are right, that is very philosophical, and really depends on the family.

**Mr. Duguay:** I guess maybe I am asking if I can help the question by specifying. In your experience, how often do you see a family that is genuinely unable to cope and how often is it a case where it is nice to have the state do it rather than look after it yourself?

**Ms Gill:** I do not think it is the latter. I think once families have some education and some support—I think particularly of an Alzheimer's patient that a family is trying to deal with—once they know of some of the energy conservation ways to handle it, a way to bring in other community supports, ways to structure the home so they can handle it, certainly my experience has been they are much more willing to handle it. Usually when they stop being willing it is out of utter frustration.

[Traduction]

notre profession. Je puis vous dire que beaucoup de gens sont en train de commencer à nous connaître parce que nous leur offrons une façon de mieux s'occuper de leurs problèmes quotidiens.

**M. Redway:** De combien de nouveaux ergothérapeutes les rangs de ceux-ci devraient-ils se gonfler?

**Mme Gill:** C'est une question à laquelle il est difficile de répondre.

**M. Redway:** Vous avez recommandé une augmentation du financement des programmes d'ergothérapie dans les universités. Pour pouvoir défendre une telle recommandation, nous devrions avoir une idée de ce dont on parle: combien d'ergothérapeutes supplémentaires devrait-on former? Pourquoi?

**Mme Gill:** Notre Association est en train de s'attaquer à ce genre de question. Nous travaillons avec différents gouvernements provinciaux pour les encourager à mettre à jour leur relevé sur la main-d'œuvre. Nous tenons compte de l'extension provinciale prévue et nous essayons d'en conclure ce que cela signifie pour nous. Je ne pourrais à l'heure actuelle vous donner des chiffres.

**M. Redway:** Quand le pourrez-vous?

**Mme Gill:** Tous les gouvernements provinciaux ne collaborent pas avec nous. J'espère cependant qu'au cours des six prochains mois nous aurons une bonne idée de la situation en ce qui concerne l'Ontario.

**M. Redway:** Merci.

**M. Duguay:** J'aimerais poser d'autres questions théoriques en espérant que vous aurez une réponse à me donner, partielle ou totale. Vous avez dit que certaines familles étaient incapables de s'occuper d'un père ou d'une mère âgés ou des deux. J'aimerais savoir jusqu'à quel point cette famille ne peut ou ne veut s'occuper des vieux parents?

**Mme Gill:** Vous avez raison, il s'agit là de question théorique, car tout dépend de la situation de la famille en particulier.

**M. Duguay:** Je vous poserai la question alors d'une façon plus précise: combien de familles ne peuvent vraiment pas s'occuper des vieux parents, et combien estiment qu'il est plus facile de laisser l'État s'occuper de ceux-ci à leur place?

**Mme Gill:** Je ne crois pas que l'on puisse dire que c'est la dernière solution qui prime. Quand les familles sont éduquées, quand elles disposent d'un certain appui, et je pense principalement à une famille qui essaie de s'occuper d'un membre âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer, quand cette famille est mise au courant de la façon de procéder pour ne pas complètement s'épuiser en s'occupant du malade, quand on offre à cette famille l'appui de divers services communautaires, quand on lui montre comment créer chez eux un environnement permettant de prendre soin du malade, cette famille est



[Text]

**Ms Campbell:** I think many families have very little in terms of relief; it becomes their permanent career. They are given so little relief in terms of how to manage or even to get away to have a break from this very tremendous responsibility, that is one of the reasons they are unable and perhaps unwilling to take on the responsibility. But if the assistance were there to help them manage, learn different techniques, and also the support in terms of perhaps giving them a break occasionally from that responsibility, they would be more willing to take it on.

• 1935

**Mr. Duguay:** Have you any ideas about what we could do in encouraging people to look after their own health? We already know, for instance, that people who smoke are liable to cost the health care system a great deal more than those who do not smoke. What can we do? I raised the question with others, who did not like any negative connotation. I do not really prefer it either. But are there some subtle kinds of encouragement or incentives we can give people?

**Ms Gill:** I think the only thing we can do again is to promote a healthy lifestyle—and if we must be a little more morbid, further publicizing what will happen if they do not change.

**Mr. Duguay:** You have talked about increasing the number of occupational therapists and de-institutionalizing things, the need for more community-based clinics and that kind of stuff. I certainly have no disagreement at all. I think that is what we would have to do.

What is it we are currently doing that needs to be cut? I will tell you why I say "cut". It is because I do not believe the resources exist to do all the things we know need to be done in the health care system without at least taking from what is currently in place and saying, that is a lousy idea and it ought to be scaled down as soon as possible.

**Ms Gill:** I am not so sure it can be a clean cut. I think it needs to be a re-education of emphasis, and instead of, as an example, putting more money into yet more mental health facilities, putting that money into community support programs. But I do not think you can do it overnight. I think we have to change the way health care professionals think, to look out as well as looking in.

**Mr. Duguay:** Can you give me an idea of what the cost implication of doing that would be? You have given a pretty specific example. If we build another institution, that costs a lot. If we put more people in the institution to

[Translation]

certainement beaucoup plus prête à s'occuper de celui-ci. Quand elle y renonce, c'est généralement à cause d'un sentiment de totale impuissance.

**Mme Campbell:** Dans la plupart des cas les familles sont très peu aidées et les soins du malade deviennent une occupation permanente. On ne leur explique pas comment faire face à la situation, comment se ménager ou même oublier momentanément cette terrible responsabilité; c'est sans doute pourquoi ces familles finissent par se décourager. Si l'on apprenait à ces familles comment agir, en leur montrant différentes techniques, et si on leur donnait, parfois, des possibilités de s'évader pendant quelques temps de cette responsabilité, je crois qu'elles seraient beaucoup plus prêtes à l'assumer.

**M. Duguay:** Savez-vous ce que l'on pourrait faire pour encourager la population à mieux s'occuper de sa propre santé? On sait déjà que les fumeurs coûteront davantage au régime médical que les autres. Que pouvons-nous faire? J'ai soulevé cette question avec d'autres personnes qui voyaient d'un mauvais oeil l'aspect négatif de celle-ci. Peut-être pourrait-on indirectement encourager la population à mener une vie plus saine?

**Mme Gill:** Je crois que la seule chose que l'on puisse faire c'est d'expliquer à ces personnes en quoi consiste un mode de vie plus sain et au cas où nous n'aurions pas de succès, nous pourrions alors leur expliquer à quoi ils doivent s'attendre.

**M. Duguay:** Vous avez parlé d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes et de procéder à une désinstitutionnalisation des soins; vous avez insisté sur la création de cliniques dans les communautés, etc. Je n'ai rien à redire à cela car j'estime que c'est dans ce sens que l'on devrait aller.

Quel programme actuel devrait être coupé? Et j'insiste sur ce terme «couper» car je ne crois pas que les ressources sont suffisantes pour réaliser tout ce que l'on veut faire dans le domaine de l'hygiène sans supprimer certains programmes existants, sans s'attaquer aux traitements qui ne sont pas utiles et qui devraient être diminués le plus rapidement possible.

**Mme Gill:** Je ne suis pas sûre que l'on puisse procéder par une coupure nette. Il faudrait plutôt songer à changer les mentalités. Ainsi, au lieu de construire une autre institution aux malades mentaux, conviendrait-il peut-être mieux d'utiliser les fonds pour les injecter dans des programmes de soutien communautaire. Mais les choses ne peuvent se produire du jour au lendemain. Il faut modifier la mentalité des spécialistes de la santé, élargir leurs horizons, leur permettre de devenir plus introspectifs.

**M. Duguay:** Et quel sera le coût de tout cela? Vous nous avez donné un exemple bien précis. Construire une nouvelle institution coûte beaucoup. Peupler cette institution coûtera encore davantage alors que certains



[Texte]

fill it up, some of them probably could be living at home, with appropriate support. What is the cost difference between those two activities?

**Ms Gill:** Again, that depends on what statistician and what researcher you want to listen to. The ones I prefer to listen to would say maintaining that person in the community is much cheaper. When you look at hospital daily rates—and they are lower in mental health than they are in the physical disfunction area—at \$500, \$600, \$700 a day, it does not cost that to maintain somebody in the community with a support program.

**Ms Campbell:** In addition, in a longer-term look at it, I cannot cite specific references right now, but I have read of some studies that have been done and that demonstrate that when people are maintained in the community, or at least as independently as possible, and are enabled to carry on as normal a life as possible, which may involve employment of some description, they become in the long term much more productive and contributing members of the population at large, and therefore they take on their own responsibility, as being taxpayers and—

**Mr. Duguay:** Of 100 patients in a mental institution, how many have to be there?

**Ms Gill:** It would again depend on the stage of their illness. If they were all acutely ill, they would all need to be there. But—

**Mr. Duguay:** No, take 100 as a broad number and give me the benefit of your experience by telling me what you think should and should not happen.

**Ms Gill:** Probably half.

**The Chairman:** Mr. Duguay may have been touching on this, but if we had the direct access you were speaking of to the OT services—and I understand the reason why that would be desirable—what would that add to health care costs in the country? Have you any way of marshalling a figure on that one?

**Ms Gill:** From our perspective, I do not think it would add at all, because you are presently going through the physician, who is billing. We certainly cannot bill at those rates. I cannot see that it would add at all.

**The Chairman:** Under the present health care funding systems, does extended health care insurance over and above OHIP cover any OT work?

**Ms Gill:** In a facility, yes, but not in the community.

**The Chairman:** In order to make your services more accessible by that direct approach and in order to help prevent overuse of it or overutilization of it, or abuse of it

[Traduction]

malades pourraient très facilement vivre chez eux pourvu qu'ils puissent compter sur un appui convenable. Comment ces deux options se comparent-elles financièrement?

**Mme Gill:** Tout dépend du statisticien et du chargé de recherche que vous écoutez. Personnellement je préfère écouter ceux qui disent que le fait de d'entretenir cette personne dans la communauté est beaucoup moins coûteux. Il ne faut pas oublier que le taux quotidien d'hospitalisation, qui est moins élevé dans les institution pour malades mentaux, est de 500\$ 600\$, 700\$. Il n'en coûte pas autant pour soigner quelqu'un dans la collectivité grâce à un programme de soutien.

**Mme Campbell:** Je ne pourrais vous donner des références précises maintenant mais je peux vous dire que, d'après ce que j'ai lu, les personnes qui continuent à fonctionner dans la collectivité sont plus indépendantes, elles peuvent parfois avoir un emploi, elles sont plus productives à long terme, elles contribuent activement à la société en prenant leurs responsabilités, elles sont des contribuables etc.

**M. Duguay:** Combien de patients d'une institution mentale doivent vraiment séjourner dans cette institution? J'aimerais avoir le chiffre en pourcentage.

**Mme Gill:** Tout dépend de l'évolution de leur maladie. S'il s'agit d'une maladie aigüe, l'hospitalisation est absolument nécessaire, mais. . .

**M. Duguay:** Prenez un échantillon de 100 malades mentaux et dites-moi combien d'entre eux n'ont pas vraiment besoin d'être hospitalisés?

**Mme Gill:** Sans doute la moitié de ceux-ci.

**Le président:** Monsieur Duguay a peut-être évoqué cette question mais j'aimerais néanmoins vous la poser: si on disposait des services d'ergothérapeutes, ce qui pourrait être souhaitable, qu'est-ce que cela représenterait en termes de fardeau financier pour le pays? Pourriez-vous nous donner des chiffres?

**Mme Gill:** Quant à nous, nous n'estimons pas que cela ajouterait quoi que ce soit aux frais. À l'heure actuelle il faut s'adresser, de toute façon, à son médecin qui facture. Nous ne facturons pas au même taux. Et je ne vois pas en quoi cela ajouterait au fardeau.

**Le président:** À l'heure actuelle, dans notre régime d'assurance médicale, les soins prodigués par un ergothérapeute sont-ils couverts par les régimes supplémentaires du RAMO?

**Mme Gill:** Ces frais sont couverts dans les institutions mais non dans la collectivité.

**Le président:** Afin de rendre vos services plus accessibles directement à la collectivité et afin d'empêcher la surutilisation de ceux-ci ou les abus éventuels, que

[Text]

even, how would you feel about a requirement that part of that service be paid for by the patient? You want to make the patient responsible for his health care, and I agree with you. That is another aspect of responsibility. How would you feel about the patient paying part of it and the health care plan paying the rest?

**Ms Gill:** I guess one of the reasons why I really like Canada is because I like people not having to pay for their health care directly, and I do not see that this should be any different. The difficulty now is that most of them have to pay right out of their pocket because the subsidiary programs that they might pay for themselves do not even cover it. So there should in some way be an insurance plan that would cover it, even if that is an extra one they must buy.

**The Chairman:** I stand to be corrected, but it is true, I believe, that the Canada Health Act allows the provinces to cover for non-medical health services. The provinces were horrified when that was put into the Canada Health Act. Ms Mitchell, you probably remember that. If I remember correctly, the term "medical services" was used, and then that was changed, I think, to "extended health services". It was a much broader term that allowed the provinces, if they wished, to get involved in what you are talking about, and I am sure it is the expense that is keeping them out of it.

Just one other factual thing: you mention on page 8 of your report that you were not able to get hold of a copy of the report of the working group established by the Canadian Council on Social Development.

**Ms Gill:** No.

**The Chairman:** Mr. Rosenbaum, our researcher, tells me that is readily available.

**Ms Gill:** Oh, excellent.

**The Chairman:** So if you cannot get hold of it then I am sure he would be glad to help you.

**Ms Gill:** Thank you, because that was not our understanding.

**Ms Mitchell:** Could committee members have that information as well?

**The Chairman:** I think Mr. Rosenbaum would be glad to get one for all of us, Margaret, yes.

Mr. Rosenbaum has a couple of questions.

**Mr. Paul Rosenbaum (Committee Researcher):** Provincial home-care programs often require as an eligibility requirement that their patients have a need for professional services. Is occupational therapy generally considered by the provinces to be a professional service?

**Ms Gill:** Where occupational therapy is available, yes. That is done in one of two ways: home care may employ their own occupational therapist or they may contract with another organization to provide that service.

[Translation]

penseriez-vous de faire payer aux patients une partie des frais? Ceux-ci doivent être responsables de leur santé, je suis d'accord avec vous et de cette façon nous les rendons responsables. Que pensez-vous de cette possibilité que le patient verse une part des frais et que les régimes d'assurance assument le reste?

**Mme Gill:** J'aime le Canada parce que les malades ne doivent pas payer directement leurs propres soins. Je ne vois pas pourquoi on devrait modifier cette pratique. À l'heure actuelle le problème c'est que beaucoup de patients doivent payer de leur propre poche parce que les programmes complémentaires ne couvrent pas certains soins. Il devrait y avoir un régime d'assurance prévu dans ce cas, même s'il s'agit d'un régime supplémentaire.

**Le président:** Si je ne me trompe, la Loi canadienne sur la santé permet aux provinces de déboursier dans le cas de services non médicaux. Les provinces ont été horrifiées lorsque cela a été incorporé à la loi. M<sup>me</sup> Mitchell s'en souvient sans doute. À l'époque on parlait de «services médicaux», après quoi on a modifié cette expression pour parler, si je ne me trompe, de services de santé étendus. Il s'agissait d'un terme beaucoup plus vaste qui permettait aux provinces qui le désirent de participer à des programmes comme celui dont vous parlez. Je suis sûr que si elles ne le font pas c'est uniquement pour des raisons financières.

Vous parlez à la page 8 de votre rapport du fait que vous n'avez pu obtenir une copie du rapport du groupe de travail du Conseil canadien de développement social.

**Mme Gill:** C'est bien cela.

**Le président:** Notre chargé de recherche, M. Rosenbaum, me dit que celui-ci est disponible.

**Mme Gill:** Excellent.

**Le président:** Ainsi donc, si vous ne pouvez en obtenir un, je suis sûr qu'il pourrait vous aider.

**Mme Gill:** Merci de ce renseignement car ce n'est pas ce qu'on nous avait laissé entendre.

**Mme Mitchell:** Les membres du Comité pourraient-ils avoir ces renseignements également?

**Le président:** Je crois que M. Rosenbaum serait heureux d'en obtenir un exemplaire pour chacun d'entre nous, Margaret.

M. Rosenbaum voudrait poser quelques questions.

**M. Paul Rosenbaum (chargé de recherche du Comité):** Le critère d'admissibilité des programmes provinciaux de soins à domicile est souvent que ces patients aient besoin de services professionnels. L'ergothérapie est-elle considérée de façon générale par les provinces comme un service professionnel?

**Mme Gill:** Là où l'ergothérapie est disponible, oui. Les services de soins à domicile peuvent avoir leur propre ergothérapeute ou passer un contrat avec une organisation qui fournit ce service.



[Texte]

**Mr. Rosenbaum:** Presumably, then, home-care programs are able to provide home assessments to patients prior to discharge; for example, from acute institutions.

**Ms Gill:** Where a therapist is available, yes.

**Ms Campbell:** But when a patient is in an institution, my understanding of it—it may be limited to one area of the country—is that they are allowed to make one visit to the patient's home before the patient is discharged and no more than that, and often it does require more. There is sort of a jurisdictional problem between which OTs do what that is not something the OTs have created; it is the health care delivery system.

**Mr. Rosenbaum:** But presumably they could do follow-up visits once the patient was discharged.

**Ms Campbell:** To be eligible for home care in some provinces and some areas, you have to be home-bound and unable to attend an out-patient department. Some patients kind of fall between the cracks because they are not totally home-bound yet there is not the out-patient program for them to attend and they are sort of lost in there.

**Mr. Rosenbaum:** The other question is a follow-up to Dr. Halliday's question. As I understand it, direct access to OT services would mean that I could just walk into an OT's office and ask for service. With referrals now being the responsibility of physicians, presumably physicians are identifying patients who have the highest need for OT services and referring those patients. If there were direct access, are you concerned that there might be somewhat more frivolous use of occupational therapists, thereby exacerbating the manpower shortage?

**Ms Gill:** No, because there is direct access now. The only difficulty is that the client has to pay. A physician's referral is not required in all cases or in all provinces. It is there now. The hold-up is the payment.

• 1945

**Ms Mitchell:** Going back to the federal role in financing health care and the objective you have mentioned and that the minister mentions in his document *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, and that many of us have been wanting for many years, that there be a much greater emphasis on prevention and on promotion of health and sustaining people in communities, do you think the federal EPF funding should be earmarked in some way so a higher proportion of that money goes into prevention? That may not be quite the term, but anyway, I mean the promotion of health and the prevention of illness, those kinds of activities.

[Traduction]

**M. Rosenbaum:** Je suppose que dans le cadre d'un programme de soins à domicile, on se rend dans la maison du patient avant que celui-ci ne sorte de l'hôpital, dans le cas notamment des institutions pour maladies aiguës.

**Mme Gill:** S'il y a un thérapeute disponible, oui.

**Mme Campbell:** Dans le cas des patients institutionnalisés, il me semble, et mon expérience se limite peut-être à une région du pays, il me semble donc que l'on procède à une seule visite dans la maison du patient avant que celui-ci ne puisse sortir de l'hôpital. Une visite, et pas plus. Or, très souvent, il faudrait en faire davantage. Il y a un problème de compétences. Ce ne sont pas les ergothérapeutes qui l'ont créé mais bien le système de soins.

**M. Rosenbaum:** Je suppose que l'on pourrait procéder à des visites de suivi une fois le patient sorti de l'hôpital.

**Mme Campbell:** Pour être admissible à des soins à domicile dans certaines provinces et certaines régions il faut être immobilisé à la maison et incapable d'aller en consultation externe. Certains patients passent entre les mailles du filet car ils ne sont pas complètement immobilisés à la maison et pourtant ils ne peuvent se prévaloir d'aucun programme de consultation externe. Ils se retrouvent alors dans un *No man's land*.

**M. Rosenbaum:** Ma question suivante fait suite à celle du Dr Halliday. L'accès direct à l'ergothérapeute signifie que je pourrais tout simplement lui demander de me soigner. À l'heure actuelle ce sont les médecins qui réfèrent les patients qui ont le plus besoin d'ergothérapie. Ne croyez-vous pas qu'avec un accès direct vos services seraient utilisés de façon beaucoup moins justifiée, ce qui exacerberait encore le manque d'ergothérapeutes existant.

**Mme Gill:** Non, en effet l'accès direct existe déjà à l'heure actuelle, le seul problème c'est que le client doit payer. La référence du médecin n'est pas requise dans tous les cas ni toutes les provinces. Le seul problème c'est que le patient doit payer à l'heure actuelle.

**Mme Mitchell:** Pour en revenir au rôle du gouvernement fédéral dans le financement des soins médicaux ainsi qu'à l'objectif dont vous avez parlé, si l'on tient compte du document mentionné par le ministre, *la santé pour tous*, si l'on tient compte du fait que beaucoup d'entre nous demandent depuis longtemps que l'on mette davantage l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, le maintien des malades dans leurs collectivités, ne croyez-vous pas qu'une proportion plus importante du financement des programmes établis devrait être consacrée à la prévention? Peut-être le mot prévention n'est-il pas tout à fait exact, je veux parler de promotion de la santé, prévention des maladies, bref, des activités de ce genre.



[Text]

I think it is the VON brief, actually, that tells us that only 10% of the total health budget now goes towards that kind of activity; 90% goes to treatment activities. I wonder if you think we should recommend that the federal government have some strings attached to that federal funding and that a higher proportion of it go towards the community-based services.

**Ms Campbell:** I think we would recommend that. If you are able to do it, that would be good.

**The Chairman:** Ladies, on behalf of the committee, I thank you very much for being with us. You gave us a very stimulating brief and made us ask lots of questions. We appreciate your coming tonight to give your testimony before the committee.

**Ms Gill:** We thank you for the opportunity.

**The Chairman:** Our next witnesses are from the VON. Ladies, on behalf of the committee, I welcome you. I see you have left behind the only male member of your team.

**Ms Donna Roe (National Executive Director, Victorian Order of Nurses for Canada):** Yes, he got sick. We are feeling very disappointed about that.

**The Chairman:** I indeed welcome you here now. Would you care to introduce your colleagues who are with you, Ms Roe?

**Ms Roe:** I will call on Dr. Mussallem, our first vice-president, to do that.

**Dr. Helen Mussallem (First Vice-President, Victorian Order of Nurses for Canada):** I am very pleased to introduce to you VON Canada's National Executive Director, Mrs. Donna Roe, and VON Canada's National Associate Executive Director, Mrs. Lorette Sutton.

**The Chairman:** We would be happy to have you go through your brief, if it is not too long, and yours is not terribly long. Maybe you want to read it right through, and then we can have time for questions. If you wish to summarize it, that would be all right as well.

**Dr. Mussallem:** Yes. We have this submission that was sent to you earlier, and this evening we presented just a brief summary. Would you like me to start with that, Mr. Chairman?

**The Chairman:** I think probably be the best way to do it would be to go through the summary you have given us now.

**Dr. Mussallem:** Mr. Chairman and members of the Standing Committee on National Health and Welfare, we thank you very much for this opportunity for VON Canada to state briefly VON Canada's position on the Canadian health care system and its funding.

[Translation]

Si je ne me trompe, le mémoire des infirmières de l'Ordre de Victoria mentionne que seulement 10 p. 100 du budget total de la santé va à l'heure actuelle à ce genre d'activités, 90 p. 100 étant consacré au traitement. Croyez-vous que nous devrions recommander au gouvernement fédéral d'offrir son financement sous certaines réserves, celles-ci prévoyant qu'un pourcentage plus important des fonds devrait aller aux services dans les communautés.

**Mme Campbell:** C'est sans doute ce que nous devrions recommander. Si vous pouvez réussir, ce serait bien.

**Le président:** Mesdames, je désire vous remercier au nom des membres du Comité d'être venues ici. Votre mémoire a été très stimulant et a suscité chez nous pas mal de questions.

**Mme Gill:** Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité à comparaître.

**Le président:** Nos témoins suivants sont les représentantes des Infirmières de l'Ordre de Victoria. Je vous souhaite la bienvenue. Je remarque que le seul homme qui devait vous accompagner n'est pas ici.

**Mme Donna Roe (directrice générale nationale, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada):** C'est bien cela, il est tombé malade et nous sommes très déçues de son absence.

**Le président:** Je vous souhaite la bienvenue. Peut-être pourriez-vous nous présenter vos collègues, madame Roe.

**Mme Roe:** Je vais demander au docteur Mussallem, notre première vice-présidente, de faire les présentations.

**Dr Helen Mussallem (première vice-présidente, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada):** Je suis heureuse de vous présenter la directrice générale nationale des Infirmières de Victoria, M<sup>me</sup> Donna Roe, ainsi que la directrice générale adjointe nationale, M<sup>me</sup> Lorette Sutton.

**Le président:** Vous pourriez lire votre mémoire qui n'est pas trop long. Après quoi, nous pourrions passer aux questions. Vous pourriez également résumer celui-ci si cela vous convient.

**Dr Mussallem:** Bien. Nous vous avons envoyé notre mémoire avant la réunion et nous vous avons offert un résumé de celui-ci ce soir. Voudriez-vous que je passe celui-ci en revue, monsieur le président?

**Le président:** Je crois que la meilleure façon de procéder serait de parcourir le résumé que vous nous avez donné.

**Dr Mussallem:** Monsieur le président, messieurs, mesdames, membres du Comité permanent de la santé et du bien-être social, nous vous remercions de la possibilité de vous exposer la position officielle des Infirmières de l'Ordre de Victoria sur le régime de soins médicaux canadiens et son financement.

[Texte]

[Traduction]

• 1950

VON is a national, voluntary, non-profit community health organization with 72 branches across Canada. We are in our 91st year of service to Canadians, and we have a proud history of adapting to the needs of the time, as our country and its health and social services systems develop.

VON is best known for its excellent visiting nurse service and is Canada's largest provider of comprehensive health care programs to people in their own homes. Throughout its 90-year history, VON has reportedly been the first to see the need for and implement new health care services. In many cases these innovative VON services were the prototype of the present components of the Canadian health care system.

Today, while other organizations are talking about cost-effective health care programs outside conventional institutions, VON is already acting. It has an impressive array of health care programs in full operation. These include visiting nursing, community health care clinics, occupational health nursing, senior citizens' counselling, adult day care, foot care clinics, volunteer visiting, and many others. A list of VON services presently provided by our 73 branches across the country is appended on pages 15 and 16 of our submission.

I will now ask our national associate director, Ms Lorette Sutton, to speak to our recommendations 1, 5, and 6. You may find the complete recommendations on pages ii and iii at the beginning of this submission.

**Ms Lorette Sutton (National Associate Director, Victorian Order of Nurses for Canada):** Mr. Chairman, members of the committee, I would like to address these recommendations by first discussing briefly some of the long-term pressures for growth in health service expenditures, which, from our point of view, include the aging population, new technologies, and the gatekeeper of the health care system.

With the baby-boom generation maturing and the continuous low birth rate, Canada's population is aging. The health care sector is confronted with a complex array of health care problems having medical, social, economic and political implications. It is urgent that the present leaders be proactive to the health issues of a growing elderly population. New directions in health care of the elderly must include the fostering of independent living, the promotion of healthy lifestyles, and a continuum of care strategy with community support services complementing the institutional network. The allocation of resources must be aimed at the potential for health and not the inevitability of illness.

L'Association des infirmières de l'Ordre de Victoria est une organisation nationale, bénévole, à but non lucratif qui s'occupe de la santé communautaire. Notre organisation comporte 72 chapitres au Canada. Nous sommes au service de la société depuis 91 ans. Tout au long de ces années nous avons pu nous adapter aux besoins changeants de la population à mesure que notre pays et ses différents services sanitaires et sociaux se modifiaient.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria sont réputées pour leurs services à domicile qui sont aussi les plus diversifiés. Au cours de ses 90 ans d'existence, notre association a été la première à reconnaître la nécessité de nouveaux services de santé. Dans de nombreux cas, ces services innovateurs ont servi de prototype au régime actuel.

A l'heure actuelle, alors que d'autres organisations parlent de programmes de santé rentables en dehors des établissements, notre association a déjà mis en place toute une gamme de services: infirmières itinérantes, cliniques communautaires de santé, ergothérapie, conseils aux personnes âgées, soins de jour aux adultes, cliniques de podiatrie, visites de bénévoles, etc. La liste est longue des services fournis à l'heure actuelle par nos 73 chapitres partout au Canada. Vous trouverez celle-ci aux pages 15 et 16 de notre mémoire.

Je vais maintenant demander à notre directrice adjointe nationale, M<sup>me</sup> Lorette Sutton de vous parler des recommandations 1, 5 et 6. Vous trouverez la liste complète de nos recommandations aux pages ii et iii qui se trouvent au début de notre exposé.

**Mme Lorette Sutton (directrice adjointe nationale, Infirmières de l'Ordre de Victoria):** Monsieur le président, mesdames et messieurs, j'aimerais vous parler de ces recommandations en abordant tout d'abord brièvement les raisons pour lesquelles le financement des services médicaux doit connaître une expansion, si l'on tient compte du fait que la population vieillit, si l'on tient compte des nouvelles technologies ainsi que du rôle du médecin, gardien de tout le système.

Les enfants de l'explosion démographique sont en train de vieillir, le taux de natalité reste bas et la population canadienne est vieillissante. Le domaine de la santé est en butte à toutes sortes de problèmes qui ont des incidences médicales, sociales, économiques et politiques. Il est urgent que les dirigeants actuels adoptent un rôle de chef de file en ce domaine. Une nouvelle orientation dans les soins à prodiguer aux personnes âgées doit inclure la promotion d'un style de vie indépendant, d'un mode de vie plus sain et l'adoption d'une stratégie de soins continus où les services de soutien dans la communauté complètent les soins en établissement. La répartition des ressources doit tenir compte des possibilités de santé et non du caractère inévitable de la maladie.



## [Text]

Technological developments have tremendous potential to increase the chances for personal and social stability and for an enhanced quality of life. Cost is a major factor in the development and promotion of new technologies, which means that very difficult and political trade-offs may have to be made, and that could result in discrimination against groups such as the elderly and the terminally ill.

The controller or the gatekeeper of the medical system is the physician, and so he should be. The physician, however, also controls the entry into the broader insured health care system. The funding agreements and administrative structures reinforce the medical control. When this approach to health care is imposed on such populations as the elderly, very costly implications become apparent. Older persons make disproportionate use of hospitals and medical care services in relation to their numbers in the general population. The medical gatekeeper of the health care system controls the accessibility to services and eventually determines the availability of medical services, as well as other health and related social services.

Finally, I would like to present another significant issue, and that is data collection. Canada has no systematic and universal scheme for data reporting to make it possible to obtain information about care recipients and service use in different service sectors and across government programs and jurisdictions. Thus, planners lack the information necessary to make rational decisions about the extent of unmet need, service utilization and expenditures.

I would now like to refer briefly to recommendations 1, 5, and 6. Recommendation 1 is that the federal government, in line with its commitment to health for all Canadians, reallocate health care funds for services aimed at promoting and maintaining health, independence and quality of life of the elderly, including programs to prepare people for healthy aging.

• 1955

Recommendation 5 is that the federal government, in co-operation with health care providers, assess innovative ways and means of accessing the health care system, and that the gatekeeper of the health care system be examined within the team concept.

Recommendation 6 is that the federal government take steps to develop a data system, or fund such activity with the objective of producing a system which will provide information on health expenditures by programs, services provided, identifiable categories of patients, level of care, type of care, related costs and measurable results.

## [Translation]

Les développements technologiques permettent d'augmenter la stabilité personnelle et sociale et d'améliorer la qualité de la vie. Les coûts sont un facteur très important dans le développement et la promotion de nouvelles technologies et cela signifie que des choix politiques très difficiles devront être faits qui pourraient avoir pour conséquence une discrimination envers certains groupes comme les personnes âgées et les malades en phase terminale.

Or, le contrôleur du système médical est bel et bien le médecin. Celui-ci contrôle l'accès au système élargi des soins assurés. Les ententes de financement, les structures administratives renforcent le contrôle médical. Dans le cas des personnes âgées, les implications sont très coûteuses. En effet, ce sont elles qui utilisent au maximum les hôpitaux et les services médicaux. Le médecin contrôle l'accès aux services et détermine en fin de compte la disponibilité de ceux-ci ainsi que celle d'autres services de santé et de services sociaux connexes.

J'aimerais parler pour terminer d'une autre question, celle du rassemblement des données. Le Canada ne dispose d'aucun programme systématique et universel de données permettant d'obtenir des renseignements sur les patients et sur l'utilisation des services dans différents secteurs et pour les différents programmes gouvernementaux. De cette façon, les planificateurs sont privés des renseignements nécessaires qui leur permettraient de prendre des décisions rationnelles quant à l'instauration de nouveaux services, l'utilisation des services en place et les dépenses.

J'aimerais maintenant parler brièvement des recommandations 1, 5 et 6. La recommandation 1 est la suivante: que le gouvernement fédéral, conformément à l'engagement qu'il a pris de promouvoir la santé de tous les Canadiens, révise la répartition des fonds destinés à la santé pour les services visant à promouvoir et à maintenir celle-ci, à assurer l'indépendance et la qualité de vie des personnes âgées, y compris la promotion de programmes visant à préparer la population à vieillir en bonne santé.

La recommandation 5 est la suivante: que le gouvernement fédéral, en collaboration avec le personnel de santé, évalue des moyens novateurs d'accès aux services médicaux. En plus, que la responsabilité des services de santé soit considérée dans un cadre collectif.

Recommandation 6: que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour établir un système de données, ou finance une mesure analogue, dans le but de fournir des informations sur les dépenses de santé selon les programmes et les services, les catégories de patients, le niveau et le type de soins, les coûts y afférents et les résultats mesurables.



[Texte]

Thank you.

**Dr. Mussallem:** Our national executive director, Mrs. Donna Roe, will address the second, third, and fourth recommendations.

**Ms Roe:** VON supports the World Health Organization Alma Ata position regarding primary health care. VON believes that the primary responsibility for health lies with the individual and the community.

Since VON's inception, VON nurses have provided primary health care to Canadians in many settings, such as visiting nursing in the home, well-baby clinics, infant and child health care centres, immunization clinics, seniors' counselling clinics, and blood pressure clinics. Our Lark Harbour, Newfoundland clinic, described in our submission, is an excellent example of how nursing, with the other health professionals which includes physicians, can provide primary health care services.

With the price tag of health care continually rising, Canada urgently needs to develop lower cost alternatives to the more expensive institution-based system that has evolved over the years.

VON Canada is ready to respond to that need now. To assist us, we have launched a \$6.4 million national fund raising campaign. Further, our 73 branches, from British Columbia to Newfoundland, have the supporting organization, the competent and caring health professionals and volunteers, and we have proven ability to deliver community health care in innovative ways outside of the conventional institutional settings.

VON believes its services should arise from each community's needs, capitalizing on the input and direction of the local citizens who volunteer to participate on our boards as well as provide direct services. This is why VON Canada services across our country vary so much regionally.

The community development project that we described in the written submission is another excellent example capitalizing on the potential of local citizens to identify and meet their own needs. This project was funded 50% by Health and Welfare Canada and the two local branches raised the remaining funds.

The Canada Health Act ensures both medical and hospital services for Canadians. Extended health care services, including any new innovative community programs, then continues to compete for less than one-tenth of the health care allocation. Health promotion and community health services efforts have not shaken the sacrosanct commitment of 90% of the resource allocation to hospital and medical care. We believe the federal government has the ability to influence future directions

[Traduction]

Merci de votre attention.

**Dr Mussallem:** Notre directrice générale nationale, M<sup>me</sup> Donna Roe, parlera des recommandations 2, 3 et 4..

**Mme Roe:** L'Ordre des infirmières de Victoria souscrit à la position adoptée par l'Organisation mondiale de la santé au sujet des soins de base. Nous estimons que la santé est une responsabilité qui incombe avant tout à l'individu et à la collectivité.

Depuis la création de l'Ordre des infirmières de Victoria, nos infirmières ont assuré des soins de base aux Canadiens dans toutes sortes de circonstances, par exemple à domicile, dans les cliniques pour nourrissons, dans des centres pédiatriques, dans des cliniques d'immunisation, dans des cliniques de counselling pour personnes âgées et des cliniques de tension artérielle. Notre clinique de Lark Harbour, à Terre-Neuve, dont nous parlons dans notre mémoire, démontre parfaitement comment les infirmières, peuvent, en collaboration avec les autres professionnels de la santé, y compris les médecins, fournir des services de base.

Étant donné que les soins coûtent de plus en plus cher, le Canada doit, de toute urgence, trouver des solutions moins coûteuses que les soins en établissement qui se sont développés au cours des années.

Nous sommes prêts à répondre à ce besoin. Pour ce faire, nous avons lancé une campagne de financement national de 6,4 millions de dollars. De plus, nos 73 divisions réparties de la Colombie-Britannique à Terre-Neuve, disposent de l'organisation de soutien, de professionnels de la santé et de bénévoles compétents et dévoués et nous avons démontré que nous pouvions assurer les services de soins communautaires de façon novatrice en dehors des établissements traditionnels.

L'Ordre des infirmières de Victoria estime que ses services devraient répondre aux besoins de chaque secteur et qu'il faut miser sur la participation et l'orientation des citoyens qui s'offrent à siéger à nos conseils d'administration et à fournir des services directs. C'est pourquoi nos services varient beaucoup d'une région à l'autre.

Le projet de développement communautaire que nous avons décrit dans notre exposé démontre également que les citoyens sont capables d'établir leurs besoins et d'y répondre et qu'il faut les y aider. Ce projet a été financé à 50 p. 100 par le ministère de la Santé et les deux sections locales ont recueilli le reste des fonds.

La Loi canadienne sur la santé assure aux Canadiens des services médicaux et hospitaliers. Les services de soin élargis de même que les programmes communautaires novateurs doivent se partager moins du dixième du budget de la santé. Malgré les efforts déployés pour promouvoir la santé et fournir des services de santé communautaires, 90 p. 100 des ressources sont toujours consacrées aux soins hospitaliers et médicaux. Nous estimons que le gouvernement fédéral est en mesure d'exercer une

## [Text]

for the Canadian health care system. It is to this ability that VON addresses its case.

On behalf of VON, I ask you to give positive consideration to the recommendations 2, 3, and 4 in our submission. I will just summarize those briefly.

**Recommendation 2:** That governments support the delivery of community based health care, particularly in the rural and outlying regions of our country.

**Recommendation 3:** That the federal government continue to fund special pilot projects for alternate models of health care.

**Recommendation 4:** That the federal government reallocate funds for community health programs that promote health, that prevent illness and prevent institutionalization.

**Dr. Mussallem:** Mr. Chairman, we would be pleased to answer any questions.

**The Chairman:** Thank you very much, ladies, for your fine brief. I call upon Mrs. Mitchell first.

• 2000

**Ms Mitchell:** I just want to say how excellent I think the recommendations are. I want to go back to some of them. On the first recommendation, have you any suggestions about how the federal government should reallocate funds to community health services? The problem, of course, is with the greater expense of high-tech medicine these days and the increased aging population that is in institutional care—and I suppose we will always have that, and it is probably going to be on the increase—how does a government in power decide on priorities, and how can we somehow get this shift that is a fairer shift and that in the long run is certainly going to be economically feasible as well?

**Ms Roe:** Naturally, any cut-back when you are shifting from one area to another is going to be resisted by one group or another.

I was the executive director of our Hamilton-Wentworth branch before becoming the national director, where we administered the home care program for the province of Ontario, a placement co-ordination service, a large volunteer visiting service, Meals on Wheels, and the visiting nursing service; and what I heard repeatedly from our health professionals and from the volunteers in the two volunteer services was the whole problem of over-medication of the seniors we serve, the difficulties our nurses had in working with some physicians—and fortunately there were not too many—to review medications and cut back on the number of medications. That is one area in our health system that is very costly.

## [Translation]

influence sur l'orientation que prendront les services médicaux. C'est dans ce contexte que l'Ordre des infirmières de Victoria présente son point de vue.

Au nom de l'Ordre des infirmières de Victoria, je vous demande d'examiner favorablement les recommandations 2, 3 et 4 de notre mémoire. Je vais les résumer brièvement.

**Recommandation 2:** Que les gouvernements soutiennent la prestation des soins de santé communautaires, surtout dans les régions rurales et isolées du pays.

**Recommandation 3:** Que le gouvernement fédéral continue à financer des projets pilotes spéciaux pour démontrer l'efficacité de nouveaux modèles de soins.

**Recommandation 4:** Que le gouvernement fédéral réaffecte des fonds à des programmes de santé communautaires visant à prévenir la maladie et à éviter le placement dans des établissements médicaux.

**Dr Mussallem:** Monsieur le président, nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, mesdames, de votre excellent exposé. J'accorde d'abord la parole à M<sup>me</sup> Mitchell.

**Mme Mitchell:** Je veux seulement dire que les recommandations me paraissent excellentes. Je voudrais en revoir certaines. Pour ce qui est de la première, avez-vous des suggestions à faire quant à la façon dont le gouvernement fédéral devrait réaffecter des fonds aux services de santé communautaire? Le problème, bien sûr, est que la médecine qui fait appel à la technologie de pointe coûte plus cher et que les personnes âgées soignées dans les établissements sont de plus en plus nombreuses et que cette tendance ira sans doute en s'accroissant. Dans ces conditions comment le gouvernement au pouvoir peut-il établir les priorités et comment procéder à une réaffectation plus équitable qui, à long terme, sera sans doute également rentable?

**Mme Roe:** Naturellement, chaque fois que vous devrez enlever quelque chose aux uns pour le donner aux autres, il y aura une certaine résistance.

J'étais la directrice générale de notre division d'Hamilton-Wentworth avant de devenir la directrice nationale. Nous étions chargées d'administrer le service des soins à domicile pour la province de l'Ontario, un service de coordination des placements, un important service de visiteurs bénévoles, la popote roulante et le service de soins infirmiers à domicile. J'ai entendu souvent nos professionnels de la santé et nos bénévoles des deux services bénévoles se plaindre du fait que les personnes âgées consommaient trop de médicaments et que nos infirmières avaient du mal à convaincre certains médecins à réviser leur ordonnance et à réduire le nombre de médicaments prescrits. Il s'agit là d'un élément des services de santé qui coûte très cher.



[Texte]

Another area that perhaps we need to look at more closely is the whole area of diagnostic tests. They too are very costly, and particularly for the elderly or disabled they are very difficult, sometimes gruelling, experiences, for them to go through a whole battery of tests.

Those are two examples where I think we might save some money. My colleagues might have other thoughts.

**Ms Sutton:** I would like to add to that, getting back to the share of the health care pie, that 90% is allocated to the provinces for insured services, which are hospital and medical services. In those extended health care services, which include ambulatory care, nursing home care, adult residential care, home care, and other community programs, they must compete for that 10% of the health care dollar. If there were a shift, it would be to take some of the 90% of the funds to allocate to those extended health care services.

**Ms Mitchell:** Suppose the federal government decided to do that—and of course they would get a great barrage of complaints from the system, because the system as it exists would then be underfunded. What do you think would happen in the provinces if the federal government said look, we are going to make this 50:50 and you will have to find funds elsewhere for some of your high-tech medicine?

**Ms Sutton:** It may not become 50:50 very quickly, but there has to be that gradual shift. Also, I think the consumers have to be prepared to give up and not just see things as an add-on cost. They must be prepared to give up some of that medical and institutional service, to shift to getting some of that care at the community level.

**Ms Mitchell:** Coming back from Vancouver this afternoon, I sat on the airplane with a doctor, and we were talking about this, as a matter of fact, when I was reading these briefs. He was saying one of the most costly aspects of the health care system is the cost of dying. I forget exactly what figures he had. If our researcher could get them it would be interesting. Some huge percentage, really quite a surprising percentage, of the cost of care really is the 100 days before a person dies. For many people who are terminally ill, of course, there are many things that perhaps a family wants but that are not necessarily going. . .

I just wondered if our whole societal attitude toward dying is one of the things we should be looking at. I wondered if you had any thoughts on that. It is a big subject, I know.

**Ms Roe:** It is a subject that is very important to me personally. Again, I will draw on my experience at our Hamilton branch, where we had a palliative care nursing team and a volunteer team, as we have increasingly in our larger branches across Canada.

[Traduction]

Un autre domaine sur lequel il faudrait sans doute se pencher de plus près est celui des examens de diagnostics. Ils sont également très coûteux et les personnes âgées ou invalides ont parfois beaucoup de difficultés à se soumettre à toute une série de tests.

Voilà deux domaines où nous pourrions économiser. Mes collègues ne partagent peut-être pas mon avis.

**Mme Sutton:** Pour la répartition du budget de la santé, j'ajouterais que les provinces reçoivent 90 p. 100 pour les services assurés, c'est-à-dire les services hospitaliers et médicaux. Les services élargis qui comprennent les soins aux malades sur pied, les soins infirmiers à domicile, les établissements de soins pour adultes, les soins à domicile et les autres programmes communautaires doivent se partager les 10 p. 100 restant. S'il y avait une réaffectation, il faudrait accorder une partie des 90 p. 100 à ces services de santé élargis.

**Mme Mitchell:** Supposons que le gouvernement fédéral décide de le faire, ce qui déclencherait, bien sûr, un concert de protestations étant donné que le système actuel serait alors insuffisamment financé. Qu'arriverait-il dans les provinces si le gouvernement fédéral leur disait que le partage devait se faire de moitié et qu'elles devaient trouver de l'argent ailleurs pour la médecine de pointe?

**Mme Sutton:** Peut-être n'arriverons-nous pas à un partage de moitié du jour au lendemain, mais il faut opérer une réaffectation graduelle. D'autre part, je pense que les consommateurs doivent être prêts à faire certaines concessions. Ils doivent être disposés à renoncer à certains services médicaux et institutionnels et obtenir une partie de ces soins au niveau de la collectivité.

**Mme Mitchell:** En revenant de Vancouver, cet après-midi, j'étais assise à côté d'un médecin, dans l'avion, et comme j'étais en train de lire ces mémoires, nous avons parlé de cette question. Il m'a dit que l'un des aspects les plus coûteux des services de santé était le coût de la mort. J'ai oublié les chiffres exacts qu'il m'a cités. Il serait intéressant que notre chercheur les obtiennent. Les 100 jours qui s'écoulaient avant le décès d'un patient représentent un pourcentage assez surprenant du coût des soins. Dans le cas d'un grand nombre de malades incurables, la famille désire, bien sûr, de nombreuses choses qui ne sont pas nécessairement. . .

Je me demande simplement s'il ne faudrait pas se pencher sur l'attitude de la société vis-à-vis de la mort. Avez-vous une opinion à ce sujet? Je sais qu'il s'agit d'une question très vaste.

**Mme Roe:** C'est un sujet qui revêt beaucoup d'importance à mes yeux. Là encore, mon opinion repose sur l'expérience que j'ai vécue à Hamilton, où nous avons une équipe de soins infirmiers palliatifs et une équipe de bénévoles, comme c'est de plus en plus le cas dans nos principales divisions du pays.



[Text]

[Translation]

• 2005

We undertook an experiment in Hamilton where we used money that had been donated for palliative care services to pay for shift nursing so people could remain at home. We did that for one year and carried out during that time a very specific research project around what happened to those people and the number of hospital days that were saved. There were 200 people who would have been in Hamilton hospitals for a period of time that I cannot remember right off the top of head, but it strikes me it was about a three-week period. I could get you the exact figures. That in itself was a tremendous saving to the health care system in terms of hospital days.

Increasingly, people want to stay at home, so I do not think we are dealing any more with a situation where the public would be resistant. There will always be some people who get anxious at the end and feel that they must be in a hospital. I have seen a big difference in the last 10 years in people's expectations. That means, though, that we would have to shift and provide the community services at home. I believe it would be cheaper than keeping people in the hospital.

I want to go back to all the diagnostic tests and so on. Very often when people are readmitted to hospital, and I am not sure where the problem lies—probably somewhat with the consumers, somewhat with the medical profession, and depending if it is a teaching hospital. Additional tests are carried out that perhaps were not necessary and maybe made life all the more difficult and more painful for the consumer. These are figures I do not have, but I think they are well worth exploring.

**Ms Mitchell:** A final question I would like to ask is related to the point you made about the entry to care and the health care system being under the control of physicians. We have been talking about this for a long time, ever since the Canada Health Act was discussed as well. I would like to know how you would see this working ideally in the community setting. You refer to a team approach. How would you see this so it is less under physician control and shared in a team way? Also, I am wondering how the VON comes into that, because you have a separate agency from other health care professionals, do you not?

**Ms Sutton:** Perhaps I could go back to the example we gave of the Lark Harbour clinic in Newfoundland. This was a very small community, very isolated, where the citizens themselves identified the need for some health services. Now, a physician did visit, but it was very irregular. The citizens approached the town council; they approached one of our VON branches in I believe Corner Brook. The citizens themselves raised the funds to get a building, to provide part of the salary of the nurse, and I believe the community itself paid for some of the equipment. It was really a joint effort. In this clinic the nurses were in attendance a half day every day of the week; the physician came half a day a week, and the citizens themselves developed what they called "a pro-

À Hamilton, nous avons utilisé de l'argent réservé aux soins palliatifs pour soigner les gens à domicile afin de leur permettre de rester chez eux. Nous l'avons fait pendant un an et, pendant ce temps, nous avons étudié ce qu'il advenait de ces personnes ainsi que le nombre de journées d'hospitalisation que cela permettait d'économiser. Nous avons soigné 200 patients qui auraient dû être hospitalisés à Hamilton pendant une période d'environ trois semaines. Je pourrais vous fournir les chiffres exacts. Cela représentait une économie considérable en journées d'hospitalisation.

De plus en plus, les gens veulent rester chez eux si bien que le public n'opposerait plus de résistance à ce genre d'initiative. Il y aura toujours des personnes qui prendront peur et préféreront être hospitalisées. J'ai constaté une différence considérable dans les attentes des gens, depuis 10 ans. Néanmoins, cela veut dire qu'il faudrait fournir des services à domicile. Cela reviendrait moins cher que l'hospitalisation.

Je voudrais en revenir aux examens de diagnostics. Bien souvent, lorsque des gens sont de nouveau hospitalisés, j'ignore si c'est de la faute des consommateurs, de la profession médicale ou de l'établissement s'il s'agit d'un hôpital universitaire, mais on effectue des examens complémentaires qui ne sont pas toujours nécessaires et qui sont parfois très pénibles pour le patient. Je n'ai pas de chiffre à ce sujet, mais je pense qu'il vaudrait la peine d'y regarder de plus près.

**Mme Mitchell:** Je voudrais poser une dernière question à propos de votre observation selon laquelle les médecins exercent un contrôle sur l'accès aux soins et aux services de santé. Nous en parlons depuis longtemps, depuis l'examen de la Loi canadienne sur la santé. Je voudrais savoir comment vous envisagez la chose dans un cadre communautaire. Vous avez parlé d'un travail d'équipe. Comment faire, selon vous, pour que le médecin ait moins d'influence et que l'accès soit contrôlé par l'équipe de soins? Je me demande également quelle serait la contribution de l'Ordre des infirmières de Victoria étant donné que vous fonctionnez séparément des autres professionnels de la santé, n'est-ce pas?

**Mme Sutton:** Peut-être pourrais-je en revenir à l'exemple que nous avons cité de la clinique de Lark Harbour, à Terre-Neuve. Il s'agissait d'une petite localité très isolée dont les habitants estimaient nécessaires d'obtenir des services de santé. Un médecin y faisait des visites très régulières. Les gens sont allés voir le conseil municipal de même qu'une des divisions de notre organisme, celle de Corner Brook, je crois. La population locale a recueilli les fonds nécessaires pour aménager un bâtiment, pour payer une partie du salaire de l'infirmière de même, je crois, qu'une partie du matériel. Il s'agissait d'une initiative commune. Les infirmières de cette clinique travaillaient une demi-journée, tous les jours de la semaine, le médecin venait une demi-journée par

[Texte]

health club", which was very much in keeping with Mr. Epps's document on healthful lifestyles. That was indeed a team approach. Those people did not necessarily see a physician, but individuals were referred to a physician if they needed assistance. That is only one small example.

We believe that community clinics can be developed using many different models. For instance, in a city like Toronto or Ottawa, they would be much more sophisticated. They may be located in shopping centres; they may be manned by social workers, nurses, physicians. In terms of how you would ensure those services, I do not have an answer to that.

**Ms Roe:** I would agree with the occupational therapy position, presented just before ours, in terms of the whole referral system. This whole area in our health system is badly underserved. For example, if one of our nurses or a volunteer with the meals-on-wheels program feels our client could really be helped by a nutritionist, the nurse cannot make a referral, just as a nurse cannot make a referral to the occupational health therapist, and have the service paid for. If that law could be eradicated, we would have gone miles and miles in our health system.

• 2010

**Ms Mitchell:** You mean that the referral has—

**The Chairman:** Excuse me, Ms Mitchell. I am sorry; you have had over 10 minutes. We will come back for a second round, if you wish. Mr. Duguay.

**Mr. Duguay:** I will not be long. I want to thank you very much for this brief. I think you have touched on some very important questions. I did want to ask your opinion on the promotion of new technologies. This means that we will have some very difficult and very important trade-offs, political ones at that, the worst kind in the whole world.

What would be your opinion of the criterion that was suggested to us a while ago that if you put some new technology in place which saves the life of a very young child, this potentially will last a lot longer than if you save the life of a 68-year-old man with a heart transplant?

**Ms Roe:** You have opened up an ethical dilemma, in my opinion, and also I think in terms of how the organization that I am proud to be aligned with would see this. I am not sure whether the answer is either/or—that somebody has to do without completely in favour of somebody else, depending on age or how much they are going to be able to contribute and so on.

I think people have to become more involved. It should not be just the health professionals who are making these decisions for other people's lives. It

[Traduction]

semaine et les gens ont créé ce qu'ils ont appelé un «club de promotion de la santé». Cela allait tout à fait dans le sens du document de M. Epp sur les modes de vie sains. En fait, il s'agissait d'un travail d'équipe. Ces personnes ne consultaient pas nécessairement le médecin, mais elles en avaient un à leur disposition en cas de besoin. Il ne s'agit là que d'un petit exemple.

Nous croyons possible d'établir des cliniques communautaires à partir de toutes sortes de modèles différents. Par exemple, dans une ville comme Toronto ou Ottawa, ces cliniques seraient beaucoup plus complexes. Elles pourraient se situer dans des centres commerciaux et leur personnel pourrait comprendre à la fois des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins. Quant à la façon d'assurer ces services, je ne connais pas la réponse à cette question.

**Mme Roe:** Je souscris à la position que les ergothérapeutes ont présentée juste avant la nôtre, en ce qui concerne l'orientation des patients. Ce domaine laisse beaucoup à désirer. Par exemple, si l'une de nos infirmières ou bénévoles qui s'occupent du service des repas à domicile estime qu'un client aurait besoin des conseils d'une diététicienne, l'infirmière ne peut pas adresser le client à ce spécialiste, pas plus qu'elle ne peut l'adresser à l'ergothérapeute pour que ce service soit payé. Si l'on pouvait supprimer la réglementation, les services de santé progresseraient pas de géant.

**Mme Mitchell:** Vous voulez dire que...

**Le président:** Excusez-moi, madame Mitchell. Je regrette, mais vous avez eu plus de 10 minutes. Nous reviendrons à vous pour la deuxième série de questions, si vous le désirez. Monsieur Duguay.

**M. Duguay:** Ce ne sera pas long. Je tiens à vous remercier beaucoup de votre mémoire. Vous avez abordé plusieurs questions très importantes. Je voudrais vous demander votre opinion au sujet de la technologie nouvelle. Nous allons devoir faire des choix très difficiles, les choix politiques les pires qui puissent être.

Que pensez-vous de l'idée émise tout à l'heure à savoir que l'utilisation de technologies de pointe pour sauver la vie d'un très jeune enfant aura des effets beaucoup plus durables qu'une transplantation cardiaque sur un homme de 68 ans?

**Mme Roe:** Vous soulevez-là un problème moral et vous demandez aussi quelle serait la position de l'organisme auquel je suis fière d'appartenir. Je ne suis pas sûre que la réponse dépende de l'âge du patient, de sa contribution future ou d'autres critères de ce genre.

Les gens doivent avoir davantage leur mot à dire. Les professionnels de la santé ne doivent pas être les seuls à prendre des décisions touchant la vie d'autrui. Il s'agit là



[Text]

certainly is a predicament. I do not know of a black-and-white answer to your question.

**Ms Sutton:** Every single hospital in Canada wants to have the most modern kind of equipment. I think one place where we can start is by sharing more of this very high technology. I think it is being done to a certain extent, but I think still a lot of equipment is purchased unnecessarily.

**Mr. Duguay:** Would you go so far as to say that the federal government should put regulations into the Canada Health Act that would, for instance, say that you can only have one magnetic resonator per such and such a size of population?

**Ms Sutton:** Perhaps.

**Mr. Duguay:** You would support that?

**Ms Roe:** I think that is fair.

**Mr. Duguay:** These are very expensive machines.

**Ms Roe:** Perhaps they could be used around the clock more than they are now. Now everybody leaves at 5 p.m. and only the emergency situations use that equipment.

**Mr. Duguay:** Fine. Thank you.

**Mr. Redway:** I am most interested in your comments with respect to these trade-offs and reallocations. Mrs. Roe, you have had a good deal of experience in the province of Ontario with the efforts that have been made over the past several years now to try to address the overuse of medical facilities and medical services. It seems to me the effort that has been made to date to a large extent has been putting the squeeze on the dollars that are allocated to hospitals and to medical services, but particularly to hospitals. My impression is that this has not brought about the reallocation you are interested in, that all it has done is cause a deterioration of hospital services. I would like to have your thoughts on that.

• 2015

**Ms Roe:** I am not sure whether I am the right authority to be commenting on hospital services. The intention initially I think was first rate and was rational and made a lot of sense: if you at least held the number of beds but people would be forced to have their services in the community or through other routes. But I think what happened at the same time is the increased technology, which is very costly. So what the hospital with a controlled-bed situation should be saving to transfer and shift to the community service in fact was redirected into the high tech. That is my own opinion and I do not have data to substantiate that at this point.

**Dr. Mussallem:** But I think the committee has heard more than once that the western medical model has failed to reach out and provide the level of care that it should with the cost that has been allocated to it. Less than a month ago I was in Geneva at the World Health Organization assembly, where country after country brought forward the fact that they were trying to phase

[Translation]

d'une situation difficile. Je ne peux pas vraiment répondre à votre question.

**Mme Sutton:** Chaque hôpital du pays désire posséder l'équipement le plus moderne. Nous pouvons commencer par partager davantage la technologie de pointe. Il y a déjà un certain partage, mais je pense que l'on achète encore beaucoup de matériel inutilement.

**M. Duguay:** Iriez-vous jusqu'à dire que le gouvernement fédéral devrait inclure dans la Loi canadienne sur la santé des règlements disant, par exemple, qu'il ne peut y avoir qu'un seul résonateur magnétique pour tel ou tel nombre d'habitants?

**Mme Sutton:** Peut-être.

**M. Duguay:** Vous seriez d'accord?

**Mme Roe:** Cela me paraît équitable.

**M. Duguay:** Il s'agit de machines très coûteuses.

**Mme Roe:** Peut-être pourrait-on les utiliser davantage. À l'heure actuelle, tout le personnel part à 17 heures et cet équipement n'est utilisé qu'en cas d'urgence.

**M. Duguay:** Très bien. Merci.

**M. Redway:** Vos observations au sujet des réaffectations m'ont vivement intéressé. Madame Roe, vous avez constaté les efforts déployés en Ontario, depuis plusieurs années, pour tenter de remédier à l'utilisation excessive des installations et des services médicaux. Je crois que les efforts déployés jusqu'ici ont limité le budget affecté aux hôpitaux et aux services médicaux, mais surtout aux hôpitaux. Je pense qu'au lieu de favoriser la réaffectation que vous souhaitez, cela n'a fait que dégrader les services hospitaliers. Je voudrais savoir ce que vous en pensez?

**Mme Roe:** Les services hospitaliers n'entrent pas vraiment dans mon domaine de compétence. L'intention de départ était excellente, rationnelle et tout à fait logique: il s'agissait de ne pas augmenter le nombre de lits et d'obliger les gens à obtenir des services dans la collectivité ou par d'autres moyens. Néanmoins, en même temps, nous avons assisté à l'implantation d'une technologie très coûteuse. Par conséquent, l'argent que l'hôpital devrait économiser en limitant le nombre de lits afin de le transférer aux services communautaires a été réorienté vers la haute technologie. Tel est mon avis personnel et je n'ai pas de données pour appuyer mes dires.

**Dr Mussallem:** Le comité a sans doute entendu dire à plusieurs reprises que le modèle médical occidental n'avait pas su assurer les soins voulus compte tenu du budget qui lui avait été attribué. Il y a moins d'un mois, j'ai assisté à l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé, à Genève, où tous les pays ont déclaré, l'un après l'autre, qu'ils essayaient d'éliminer les hôpitaux et de les



## [Texte]

out the hospitals and take their services out to the communities. I only mention this because 10 or 20 years ago, in the same world health assembly, the developing countries were patterning their services after the western medical model. It was a failure and it is too costly. I think those are the things you have heard these many months, that it is so costly we cannot afford it. The only alternative, it seems, that is open to us is to reallocate our funds and reallocate our personnel.

Over 85% of the registered nurses in Canada are in hospitals. Most of the medical practitioners are in hospitals. The education of doctors and nurses and most of the other health professionals is in hospital. It is such a complex type of a situation to come to grips with to try to change a whole system or to turn it around, when everybody has been educated to believe that this is the way to deliver care and this is the best way we can serve the people. I think the VON—that is why I am always so excited about the VON—has some of the answers of how this might be accomplished.

There is another point we might talk about in relation to the nurses. Some who are doing the best jobs are the nurses in our northern areas who are the sole health professionals providing care to communities. But we cannot emulate that in the south. Each area has its own sociological, psychological, emotional views about how health care should be delivered. We want the most costly, but we cannot afford it. I think that is true.

**Mr. Redway:** You have pointed out a model—I guess that is the best way to describe it—for what should be done as far as shifting to a community base is concerned. I guess I was wondering along with others here how that might be done with the least traumatic effect on the population—not just the health care worker, because my sense might be that the general population, particularly in urban areas and in central Canada and I suspect throughout all of southern Canada, has developed such great expectations based on the building up of the present system. We heard the representatives of the occupational therapists, who were here before us, who seemed to imply that things were good the way they were but we should build on it in a sense.

Have you any suggestions as to how that reallocation could actually take place, other than some dramatic command from on high saying this is the way it is going to be, like it or lump it, citizens, go jump in a lake? Because their reaction, my sense would be, is politicians, go jump in the lake; we will get rid of you before you get rid of us. It is a self-defeating process.

**Dr. Mussallem:** Right. In my own simple analysis of the situation, I would say that the public would like to have an alternative that is better. For example, many of us in the Ottawa area have nowhere to turn if we seek medical advice or health advice except to our family physician, which is very costly and which is overused. If

## [Traduction]

remplacer par des services communautaires. Je mentionne ces faits parce qu'il y a 10 ou 20 ans, dans la même assemblée mondiale, les pays en développement se proposaient d'établir leurs services suivant le modèle médical occidental. Cette solution a échoué et elle est trop coûteuse. Vous avez sans doute entendu répéter depuis des mois que nous n'avions pas les moyens de financer ce genre de modèle. La seule solution, semble-t-il, consiste à réaffecter nos fonds et notre personnel.

Plus de 85 p. 100 des infirmières autorisées du Canada travaillent dans des hôpitaux. La plupart des praticiens de la santé se trouvent dans les hôpitaux. La formation des médecins et infirmières de la plupart des autres professionnels de la santé se fait dans le milieu hospitalier. Il serait extrêmement difficile de modifier tout le système étant donné que tout le monde a appris à considérer que c'était la meilleure façon d'assurer les soins et de servir la clientèle. Je pense que l'Ordre des infirmières de Victoria, et c'est pourquoi cet organisme m'intéresse beaucoup, a des solutions à proposer à cet égard.

Nous pourrions également aborder une autre question en ce qui concerne les infirmières. Celles qui travaillent dans les régions septentrionales du pays où elles sont les seules professionnelles de la santé à assurer les soins accomplissent un excellent travail. Mais nous ne pouvons pas en faire autant dans le sud. Chaque région a sa propre conception sociologique, psychologique et émotive quant à la façon de dispenser les soins. Nous voulons les services les plus coûteux, mais nous n'avons pas les moyens de les financer. Je pense que c'est vrai.

**M. Redway:** Vous avez indiqué la meilleure façon de procéder pour transférer les ressources au niveau communautaire. Je me demande, et je ne suis sans doute pas le seul ici, comment procéder en dérangeant le moins possible la population, et pas seulement les professionnels de la santé, car je pense que la population, surtout des régions urbaines et du centre du pays et sans doute également de tout le sud du Canada, est devenue très exigeante, étant donné qu'elle s'est habituée au système actuel. Nous avons entendu les représentants des ergothérapeutes dire que la situation était satisfaisante pour le moment, mais qu'il faudrait l'améliorer.

Avez-vous des suggestions à faire quant à la façon de réaffecter les ressources sans l'imposer de façon draconienne en disant aux gens que c'est à prendre ou à laisser? Les citoyens réagiraient alors en disant aux politiciens que c'est à prendre ou à laisser: nous allons nous débarrasser de vous avant que vous ne vous débarrassiez de nous. Ce genre de procédé serait voué à l'échec.

**Dr. Mussallem:** Selon la façon dont j'analyse la situation, je dirais que le public voudrait qu'on lui offre une meilleure solution. Par exemple, dans la région d'Ottawa, un grand nombre de gens n'ont personne d'autre que leur médecin de famille à qui s'adresser pour obtenir un conseil d'ordre médical, ce qui revient très

*[Text]*

we could develop the kinds of services in the community that VON is providing now, such as foot care, assessments, palliative care, and so on, to offer these to the citizens. . . And they are of a quality better than what is provided now.

*[Translation]*

cher et donne lieu à des abus. Si nous pouvions assurer les mêmes services que les infirmières de l'Ordre de Victoria, tels que les soins podiatriques, les évaluations cliniques, les soins palliatifs, etc., ce serait des soins d'une bien meilleure qualité que ceux qui sont actuellement dispensés.

• 2020

People are getting a little concerned about being put in institutions. They are less than happy about being placed in beds in institutions for long periods of time. If we could provide for them a more healthful approach to illness, if you will, through the VON, providing services through the nurses, who are well prepared to go into homes, to set up clinics, to provide a wide variety of services the people themselves must ask for. . . talking about the Lark Harbour model that was used.

So the model I would suggest is to look at a health model that involves nurses and other health professionals making their services available in the community, rather than making them available in the hospital or through a medically oriented system or model.

**Mr. Redway:** This may not be a fair question of you; and tell me if you do not feel it is. Do you see that happening in parallel with the existing system before you withdraw any of the existing services, or do you see these new services you are suggesting suddenly being set up and at the same time some of the existing services being withdrawn, in order to pay for the new services? There would be a sudden shift and people would be on their own to adjust, rather than the more expensive method of doing this, which would be to set up a new service, together with the existing one, then we would see if people would shift on their own, and then we would try to withdraw some of the existing ones? What are your thoughts on that?

**Dr. Mussallem:** I would say very definitely history has taught us that any sudden change like this simply will not work. It has to be a phasing out and a phasing in. I do not believe our economy could finance two parallel systems, nor do I think it is necessary.

One of the examples over the past couple of decades that might serve somewhat as an example was what were we going to do with hospital schools of nursing to put them into educational institutions? The government could have said overnight they are all going to junior community colleges or they are all going to universities. The governments and the provinces did not say that. They phased out and phased in, in general. That was a successful sociological and educational endeavour.

Les gens redoutent une éventuelle hospitalisation. Lorsqu'on y est hospitalisé pendant de longs moments, cela peut rendre malheureux. Si nous pouvions leur faire aborder la maladie de façon plus saine, si j'ose dire, comme le font les infirmières de l'Ordre de Victoria, c'est-à-dire en demandant à des infirmières de dispenser des services, elles qui sont tout à fait disposées à se rendre à domicile, à monter des cliniques, à fournir toute une gamme de services que les malades sont obligés de demander eux-mêmes. . . On a parlé du modèle de Lark Harbour.

Personnellement, je suggérerais un modèle de services médicaux qui irait chercher les infirmières et les autres professionnels de la santé, pour que ceux-ci dispensent leurs services directement à la collectivité, plutôt que par l'entremise d'un hôpital ou par l'entremise d'une autre structure médicale.

**M. Redway:** J'ai maintenant une question qui ne vous semblera peut-être pas très juste de vous poser. Dans ce cas, dites-le moi. Entrevoyez-vous cette initiative parallèlement au système actuel, et pensez-vous qu'elle pourra être mise en oeuvre avant qu'il devienne nécessaire de retirer les services que vous dispensez actuellement? Ou entrevoyez-vous plutôt la création soudaine, du jour au lendemain; des nouveaux services que vous suggérez, en même temps qu'il faudrait supprimer certains services actuels, afin tout simplement de pouvoir payer pour les nouveaux? Cela représenterait une réorientation soudaine pour les gens qui devraient s'adapter à la nouvelle situation par eux-mêmes; évidemment, une façon plus coûteuse de faire, ce serait de mettre sur pied un nouveau service parallèlement à celui qui existe déjà, et laisser les gens choisir par eux-mêmes celui des deux qu'ils préféreraient, avant de retirer ceux qui sont délaissés. Qu'en pensez-vous?

**Dr. Mussallem:** L'histoire nous a montré que les changements du jour au lendemain ne sont pas toujours bien acceptés. Tout doit plutôt se faire progressivement. Je ne pense pas non plus que notre économie pourrait se permettre de subventionner deux systèmes parallèles, et je ne crois pas non plus que ce soit nécessaire.

Je pourrais vous donner un exemple qui remonte déjà à une ou deux décennies, c'est-à-dire à l'époque où nous nous étions demandé comment nous ferions pour détacher les écoles de soins infirmiers des hôpitaux pour les intégrer aux maisons d'enseignement. Le gouvernement aurait pu décréter que, du jour au lendemain, elles seraient toutes rattachées à des collèges communautaires ou, plutôt, à des universités. Or, ni les gouvernements ni les provinces n'en ont décidé ainsi. Ils



[Texte]

Likewise, I say, with the total health system it is a phasing in and a phasing out, which is not simple; it is very complex, but it is not beyond the imagination of people around this table and people who are familiar with the health services and what governments can finance.

**Ms Roe:** I think there has been a lot of change already in the last decade, as services became available. Education—we say that over and over again; it is almost motherhood to say education. But many people are not aware of the services that are available. Once they have tried them, they like them. Then they do not necessarily want to go to hospital. So I think that is part of the education needed.

The other part is really to show people, with statistics and so on, in cheques they receive in the mail and this sort of thing, in fact what these things cost, and list what the alternatives are and what they cost. Everyone is very concerned about our T-4. I think if people understood more clearly and had the facts, they would be more willing to try an alternative.

**Ms Sutton:** Again, under the extended health care services there is very little accountability from the provinces in what they have to report to the federal government. It is not unlike the insured services. That is why we have very good statistics on institutional and medical services but we have next to nothing for all those services that are provided out there in the communities. Federal-provincial working groups, committees, subcommittees, have tried to come to grips with that without having it imposed federally on the provinces, but somehow they have not been able to say that home care is not comparable from one province to another. It is not universal and it is not accessible. You can say that about all those community health services, and that is where I get back to the recommendation where we plead that some method be devised to try to collect the kinds of statistics that will tell us what is out there, what is needed, what it costs, what kinds of services people are able to get and at what cost.

• 2025

**The Chairman:** If I may butt in, I would like to ask a couple of questions, with the committee's indulgence.

We have been hearing a lot tonight about reallocation of services, and I have to say I have a lot of sympathy for

[Traduction]

ont plutôt choisi de les détacher, puis de les réintégrer progressivement. Il se trouve que ce fut un succès du point de vue social et éducatif. De la même façon, je pense qu'il faut agir progressivement dans notre régime de santé, ce qui est évidemment plus facile à dire qu'à faire; ce serait un phénomène très complexe, mais c'est quand même tout à fait à la portée des membres de votre Comité et de ceux qui connaissent bien le domaine de la santé, et ce serait à la mesure des subventions du gouvernement.

**Mme Roe:** Je crois que la dernière décennie a vu de nombreux changements, au fur et à mesure que de nouveaux services sont devenus accessibles. On répète à qui veut l'entendre qu'il est essentiel d'éduquer les gens. C'est presque un truisme. Mais je vous ferai remarquer que bien des Canadiens ne savent toujours pas quels sont les services à leur disposition. Mais une fois qu'ils en ont essayé un ou deux, ils y prennent goût et ne veulent pas nécessairement se rendre à l'hôpital. Tout cela fait partie du processus d'éducation.

Il faut aussi montrer aux Canadiens, chiffres à l'appui, par exemple en l'expliquant sur le talon des chèques qu'ils reçoivent par la poste, exactement combien coûtent ces services hospitaliers et combien pourrait coûter les solutions de rechange. Tous les Canadiens sont un peu inquiets lorsque vient le moment de recevoir leur T-4. Or, s'ils savaient un petit peu mieux de quoi il retourne, ils seraient peut-être plus enclins à se tourner vers d'autres types de services.

**Mme Sutton:** Lorsqu'on parle des services de santé élargis, je répète que les provinces ne sont pas véritablement responsables envers le gouvernement fédéral et qu'elles n'ont pas à lui rendre compte de grand chose. C'est comme pour les services assurés. Voilà d'ailleurs pourquoi nous avons tellement de chiffres pour nous expliquer les services médicaux et hospitaliers, tandis que nous n'en avons à peu près pas pour justifier les services qui sont fournis directement dans la collectivité. Les groupes de travail, comités et sous-comités fédéraux et provinciaux, ont tous essayé de cerner le problème, sans que le fédéral impose une solution aux provinces, mais ils n'ont jamais pu prouver que les soins à domicile ne se comparaient pas d'une province à l'autre. Or, ces services-là ne sont pas universels et ne sont pas partout disponibles. Mais on peut dire la même chose pour tous les services de santé dispensés dans la communauté. Voilà pourquoi je reviens à notre recommandation selon laquelle nous vous exhortons de trouver une méthode qui permette de compiler les statistiques nécessaires pour bien déterminer ce qui se fait, où les services sont dispensés, ce qu'ils coûtent, quels soins sont nécessaires et quels types de services les Canadiens sont prêts à recevoir et à quel prix.

**Le président:** Je demande l'indulgence du Comité pour pouvoir poser quelques questions.

On parle beaucoup ce soir de la réaffectation des services, et j'admets écouter d'une oreille très



[Text]

the position you are taking, as well as the occupational therapists, on the issue of the availability of your services under some kind of pre-payment system. I think it is what we should be heading for. However, we are the only country in the world that has first-dollar medical care coverage. Of course, in countries like Sweden, which in many ways are more advanced than we are in sociological terms, they are increasing the amount people are able to pay when they go to a physician. In return for that, they are getting more services, such as what you and the OTs want to provide in the community. How would you feel about Canada following the lead of Sweden and some of these other countries, where those of us who can will pay part of our medical care services and use the dollars left over to help provide the kinds of services you, the OTs, chiropractors, optometrists and so on want to provide?

**Dr. Mussallem:** We have our prejudices.

**Ms Roe:** It has been the policy of VON since its inception to charge a fee if the patient is able to pay, depending on the service, the province it is in, and so on. For example, if the patient qualifies for home care and the home care program in that province is paying, then naturally we would not charge that patient any fee.

I think particularly of the meals-on-wheels service, and we have a large one in our Richmond-Vancouver branch. We have about five others across the country, and those branches provide for people who are unable to pay, through donations, through the United Way, and so on. Sometimes it is an investment fund that has been given through a benevolent type of donation or whatever. I guess if I look at VON, where we have been and where we still are, it certainly is another way of obtaining funds.

The other thing I have seen personally—and I see it more with the elderly than with middle-aged or younger people—is the tremendous pride in being able to meet some of their own needs if they have the funds. I would be very concerned about how we assess those people who are unable to pay. For example, I would hate to see people being subjected to something that is demoralizing. I do not think that is necessary.

I remember as a student nurse abhorring some of the things that happened on public wards, or when someone came up from downstairs. Again, if there is education, and if it is put to the public in such a way that they would feel in control and feel some pride, I think it is worth considering.

[Translation]

sympathique vos doléances, de même que celles des ergothérapeutes, au sujet de l'accessibilité à vos services en vertu d'un régime de paiement anticipé quelconque. C'est d'ailleurs ce qui me semblerait souhaitable. Cependant, le Canada est le seul pays au monde qui offre l'assurance pour les soins médicaux au premier dollar. Bien sûr, certains pays comme la Suède, qui est à maints égards plus avancée que nous en termes sociaux, en est à augmenter le montant de base que doivent payer les patient chaque fois qu'ils consultent un médecin. Par ailleurs, cela permet à ces pays d'offrir plus de services, des services dans le genre de ceux que vous et les ergothérapeutes, vous voudriez assurer auprès de la collectivité. Le Canada devrait-il emboîter le pas à la Suède et aux autres pays qui font ainsi, c'est-à-dire devrions-nous exiger de ceux qui peuvent se le permettre de payer une partie de leurs soins médicaux, pour pouvoir avec ce qui reste fournir les types de services que vous réclamez, vous-mêmes ainsi que les ergothérapeutes, les chiropraticiens, les optométristes, etc.?

**Dr Mussallem:** Nous avons tous nos préjugés.

**Mme Roe:** Les infirmières de l'Ordre de Victoria ont toujours eu pour politique d'imposer des frais aux patients qui pouvaient payer, selon le service, selon la province de résidence, etc. Par exemple, si le patient a droit à des soins à domicile et que la province assume les frais du programme des soins à domicile, il est alors évident que nous ne facturerons aucun frais aux patients.

Je songe particulièrement à nos services de popotte roulante, comme à celui qui est rattaché à notre direction de Richmond-Vancouver. Nous en avons cinq autres au Canada, et ces services alimentent ceux qui sont incapables d'acheter leur nourriture, grâce à des dons ou à Centraide, notamment. Parfois, nous les alimentons grâce à un fonds de placement qui nous a été donné par un organisme de bien faisance, par exemple. En ce qui concerne en tout cas les infirmières de l'Ordre de Victoria, nos activités passées et nos activités actuelles, admettons volontiers que c'est une façon comme une autre d'aller chercher des fonds.

J'ai aussi constaté personnellement chez les personnes plus âgées, plutôt que chez les plus jeunes ou chez les personnes d'âge moyen, qu'elles s'enorgueillissent énormément d'être en mesure de payer pour une partie de leurs besoins, dans la mesure du possible. Je suis inquiète de voir la façon dont on se proposerait d'évaluer les moyens de subsistance de ceux qui sont incapables de payer. Je ne voudrais certainement pas qu'on soumette les gens à un test qui pourrait les démoraliser. Ce serait tout à fait inutile.

Je me rappelle, lorsque j'étais étudiante, avoir été horrifiée par certaines choses qui se produisaient dans les salles communes ou lorsque quelqu'un nous arrivait d'une de ces salles communes. Encore une fois, j'estime essentiel d'informer les Canadiens pour qu'ils comprennent qu'ils peuvent quand même conserver leur autonomie et leur dignité, même avec des soins de ce

[Texte]

**The Chairman:** One of you ladies made the comment that people today want to go to hospital less than previously, and I agree with this. Forty years ago very few wanted to go to hospital, and that changed because they got "free" care when they went to hospital for X-rays, let us say. There were all sorts of things they found they could get free if they went to hospital. I congratulate you on suggesting we should probably try to reverse this a little bit and get people out into the community, so they do not want to go to hospital. That is a good trend, and that is more an observation on my part.

On the matter of the western medical model—I agree it is known as such—what impresses me about it is that people from India, the Arab nations, or anywhere in the world seem to want to come to Canada and the U.S.A. when they have to have some sophisticated type of procedure done. I live close to London, and I know how many people have come to see Dr. Drake over the years because of his expertise, which has developed because of the money we invested in the neurological sciences section in London.

• 2030

I hope you are not suggesting that in order to... In a sense, you deprecated the western medical model, and I would hate to see that be taken as a position of our governments and lose the progress we have made in advancing the fields of medicine because we do have that western medical model. It is because of that model that we are getting somewhere in the health care field, on the fringes. Would you like to comment on that?

**Dr. Mussallem:** Mr. Chairman, yes, I would. I would say that the failure of the western medical model does not mean that we should not have hospitals that are good tertiary care institutions.

The problem with the western medical model was that everybody went to hospital for everything, rather than allocating funds for the promotion of health, for the maintenance of health. Certainly a country cannot do without some kind of intervention for the seriously ill and also for the promotion of scientific endeavour. But when we look at the hospitals and examine the kinds of people who are going there and the conditions they have when they enter hospital, one cannot help but say that if we had more people in the community trying to promote health, trying to help people live a more healthful life, then we would have a different model.

[Traduction]

genre. Dans ce cas seulement, je serais prête à tenter l'expérience.

**Le président:** L'une de vous a mentionné que de moins en moins de Canadiens souhaitaient être admis à l'hôpital, et je suis d'accord avec cela. Il y a 40 ans, il y en avait déjà très peu qui acceptaient d'y être admis, mais la mentalité a changé dès que l'on a pu obtenir des soins gratuits, se rendre à l'hôpital pour se faire radiographier gratuitement, par exemple. En se rendant à l'hôpital, on pouvait obtenir toutes sortes de choses gratuitement. Je vous félicite de vouloir renverser la vapeur, et d'encourager les Canadiens à se faire soigner dans leur propre milieu, s'ils ne veulent pas aller à l'hôpital. Ce serait une bonne tendance à encourager.

En ce qui concerne le modèle occidental de soins médicaux—tel qu'on l'appelle parfois—ce qui m'impressionne particulièrement, c'est qu'on semble venir au Canada ou aux États-Unis de l'Inde, des pays arabes, ou de n'importe quel autre pays, chaque fois que l'on a à subir une quelconque intervention un peu plus compliquée que d'habitude. J'habite près de London, et j'ai pu constater au fil des ans à quel point des gens d'un peu partout venaient voir le Dr Drake à cause de sa grande expérience, expérience qu'il a pu acquérir grâce à tout l'argent que nous avons investi dans la neurologie à l'hôpital de London.

J'espère que vous ne souhaitez pas qu'afin de pouvoir simplement... Dans un certain sens, vous semblez déprécier le modèle occidental, et j'espère que nos gouvernements n'en feront pas autant, car je ne voudrais pas nous voir perdre la longueur d'avance que nous avons prise dans les différents domaines de la médecine, tout simplement parce que nous souscrivons au modèle occidental. C'est justement grâce à ce modèle que nous pouvons progresser dans les domaines périphériques de la santé. Êtes-vous d'accord?

**Dr. Mussallem:** Monsieur le président, ce n'est pas parce que le modèle occidental des soins médicaux faillit à la tâche que nous ne devrions pas faire de nos hôpitaux de bonnes institutions de soins tertiaires.

L'écueil auquel s'est heurté le modèle occidental, c'était le suivant: tout le monde se rendait à l'hôpital pour à peu près n'importe quelle raison, et cela a empêché d'accorder des fonds pour promouvoir la santé et pour prévenir la maladie. Évidemment, nul pays ne peut s'interdire d'intervenir médicalement auprès des gens gravement malades ni s'interdire de promouvoir la recherche scientifique. Mais lorsque vous regardez les hôpitaux et que vous vous arrêtez aux types de patients qui sont admis et à leur condition au moment de leur admission, vous ne pouvez vous empêcher de songer que s'il y avait eu plus d'intervenants dans la collectivité qui avaient essayé de promouvoir la santé et qui avaient encouragé les gens à mener une vie plus saine, le modèle n'aurait pu qu'être différent.



[Text]

When patients come into the hospital, the practitioners who work there have no opportunity to change the course of events that brought those people into the hospital. The western medical model sanctions the going into hospital: it is the medical centre of the community.

I wonder, Mr. Chairman, if I could add on to what Donna said about the payment. This is a personal view, and certainly I know the long history of Bill Enn with respect to paying, but I might like to make a general comment that I was alive before hospital and medical care came in, and I well know from my experience in Vancouver, where I trained and grew up, of the people that were not seeking medical attention because they could not afford to pay, the poor and the proud middle class. I could cite case after case—it gives me goose pimples when I think about it—of people who did not seek medical care because they could not pay even that minimum amount. I would hate to live in a society where we would go back to the entry into the medical system being based on people's ability to pay, no matter how small it could be.

I have a hunch, Mr. Chairman, that from the way you asked the question I am not in complete alignment with your views, but those are my personal views.

**The Chairman:** Well, I appreciate your responding.

Now, on the local issue in Ontario, is there a conflict or an overlap between the VON and county public health nurses?

**Ms Roe:** No, there is not.

**The Chairman:** There is no problem there at all.

**Ms Roe:** No. And of all of the country, Ontario I think has been able to work out those two roles maybe the most easily. The public health nurses are taking health promotion, the child and maternal health. VON in Ontario does not do that much child and maternal health any more, for example. Then VON is doing the visiting nursing service or the people who are physically ill, as well as offering foot care clinics.

Foot-care clinics are in great demand across this country. There is a totally inadequate amount of service in that area, and the public health nurses are delighted that we have them. They help us get volunteers. Our favourite type of foot-care clinic is what we call a sponsoring model, in which we get volunteers in the community to take on the responsibility for the clinic and then our nurses simply provide the professional care. Public health nurses are very good to help us get those organized. So that has not been a problem for us.

[Translation]

Une fois les patients admis à l'hôpital, les médecins qui y travaillent n'ont plus la possibilité de changer le cours des événements qui ont mené ces gens à l'hôpital. Le modèle occidental sanctionne l'admission à l'hôpital car c'est l'hôpital qui est le centre médical de la collectivité.

Me permettez-vous, monsieur le président, d'ajouter quelque chose à ce qu'a dit Donna au sujet du paiement. Ce que je vais vous dire est un commentaire personnel, et je connais très bien les antécédents de Bill Enn au sujet des paiements. Mais j'étais au monde bien avant que l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation n'entrent en vigueur, et j'ai connu à Vancouver, là où j'ai grandi et là où j'ai fait mes études, beaucoup de gens qui refusaient d'aller voir le médecin, parce qu'ils ne pouvaient absolument pas se le permettre financièrement, et je parle des pauvres et de la classe moyenne, trop fiers pour se plaindre. Je pourrais vous citer des dizaines de cas de ce genre, qui me donnent la chair de poule rien qu'à y penser: il s'agissait de gens qui n'allaient jamais voir le médecin parce qu'ils n'étaient même pas capables de payer la plus petite somme, si minime soit-elle. Je ne voudrais certainement pas revenir à l'époque où les soins médicaux dépendaient de la capacité de payer, si petite que la somme ait pu être.

J'ai l'impression, monsieur le président, d'après la façon dont vous avez posé la question, que je ne suis pas tout à fait sur la même longueur d'ondes que vous.

**Le président:** Merci quand même d'avoir répondu.

Revenons maintenant à l'Ontario: n'y a-t-il pas double emploi entre les activités des infirmières de l'Ordre de Victoria et celles des infirmières de comté veillant à la santé publique?

**Mme Roe:** Non, il n'y en a pas.

**Le président:** Cela ne vous pose aucun problème?

**Mme Roe:** Aucun. Je pense d'ailleurs que l'Ontario est la seule province qui ait aussi bien réussi à concilier les deux rôles. Les infirmières de la santé publique s'occupent de la promotion de la santé et des soins à l'enfant et à la mère. D'ailleurs, c'est un domaine duquel se sont à peu près retirées complètement les infirmières de l'Ordre de Victoria, en Ontario du moins.

Par ailleurs, ce sont elles qui dispensent les soins à domicile ou aux personnes physiquement incapables de se déplacer, et ce sont elles qui gèrent les cliniques de soins podiatriques. Les cliniques de soins podiatriques sont très en vogue partout. Il y a très peu de soins dans ce domaine, et les infirmières de la santé publique sont ravies que nous les dispensions. Elles nous aident même à trouver des bénévoles. Notre modèle favori de cliniques podiatriques, c'est le modèle dit de parrainage, qui nous permet de trouver sur place des bénévoles pour gérer la clinique, ce qui laisse à nos infirmières le loisir de dispenser les soins uniquement professionnels. Les infirmières de la santé publique nous aident beaucoup à nous organiser. Leur présence ne nous pose donc aucun problème.



[Texte]

**The Chairman:** Lastly, you have promoted, and I think the OTs did as well, the concept of community health centres, where they would be staffed by nurses and other health care workers. The whole concept is not new. I served on the Hastings commission about 16 years ago when that was first talked about, or at least early when it was talked about. It was recommended by the committee, the provincial government in Ontario took it up as being something worth trying. Efforts were made. What, in your view, was the cause of the failure of them, if that is a fair thing to say, and what could be done to make them more effective and used more widely than they are presently being used? What needs to be done differently?

**Ms Roe:** I do not think they have failed.

**The Chairman:** Did the one in St. Catharines not close down?

• 2035

**Ms Roe:** In the Hamilton area, which I am most familiar with, because it is just a year and a half since I was there, they have a number of them, and they are very, very popular with the citizens in the community. They go to them very readily. They have wonderful 24-hour coverage and—

**The Chairman:** If they are so popular, why are you trying to promote the further promotion of them? Why does it not become automatic that more and more people want to have them and use them? I get the—

**Ms Mitchell:** Because we need the doctors badly.

**The Chairman:** But this is what I am getting at, Margaret—exactly that. What is it about them that does not make them catch on fire and really move ahead?

**Dr. Mussallem:** I think John Hastings was very disappointed the report was not implemented. I certainly think where they have them, they have been a wonderful resource to use. But John Hastings... we speak about it quite often. It was ahead of its time, or not in the right generation. I think he would not deny the failure of this to catch on, as it well could have, was because of the system we have—the entrance into the health care system. If we had the community clinics, the doctors then would not have the opportunity to... How shall I put it politely? They would not have the same control over both the financial and the human resources. This John Hastings has mentioned many times.

Where they have caught on, they have caught on well. Certainly his plan could have been implemented somewhat similarly to Quebec. They have a system there that was somewhat similar to what John Hastings had

[Traduction]

**Le président:** Vous-mêmes, ainsi que les ergothérapeutes, vous êtes tout à fait d'accord avec l'idée des centres de santé communautaires qui seraient montés par des infirmières et par d'autres travailleurs de la santé. Ce n'est pas une idée nouvelle. Je travaillais à la commission Hastings, il y a environ 16 ans, lorsqu'on en a parlé pour la première fois, ou du moins lorsqu'on a commencé à en parler. Cette idée avait été recommandée par le Comité, et le gouvernement ontarien l'avait jugée suffisamment intéressante pour voir ce qu'il était possible de faire. On a donc fait quelques tentatives ici et là. D'après vous, et sans vouloir être méchant, qu'est-ce qui a pu entraîner leur chute? Qu'aurions-nous pu faire pour les rendre plus efficaces et pour en généraliser beaucoup plus l'accès? Que doit-on faire différemment?

**Mme Roe:** Je ne pense pas qu'on ait entraîné leur chute.

**Le président:** Le centre de St. Catharines n'a-t-il pas été fermé?

**Mme Roe:** C'est la région de Hamilton que je connais le mieux puisque je l'ai visitée il y a à peine un an et demi. Dans cette région-là, il existe déjà plusieurs centres communautaires qui sont très populaires auprès des gens, puisque ceux-ci les fréquentent volontiers. Ils sont ouverts jour et nuit. . .

**Le président:** S'ils sont à ce point populaires, pourquoi essayez-vous de les faire mousser encore plus? Pourquoi ne va-t-il pas de soi que les gens cherchent à les fréquenter de plus en plus et voudraient en voir d'autres ouverts? J'ai. . .

**Mme Mitchell:** C'est qu'on a énormément besoin de docteurs.

**Le président:** C'est justement ce sur quoi je voulais mettre le doigt, madame Mitchell. Pourquoi n'ont-ils pas plus de succès et pourquoi n'en voit-on pas plus au Canada?

**Dr. Mussallem:** Je pense que John Hastings a été très déçu de voir son rapport rester lettre morte. Là où ces centres communautaires existent, ils constituent une ressource magnifique. Mais John Hastings... Nous en parlons souvent. Son rapport était avant-gardiste et nous devançait d'une génération. Il ne pourrait pas faire autrement que d'admettre que son idée n'a pas fait fureur tout simplement à cause du régime médical qui existe actuellement et de la particularité que constitue aujourd'hui l'admission à notre régime de santé. Si nous avions des polycliniques, les médecins n'auraient plus la possibilité de... Comment le dire poliment? Ils n'auraient plus le même pouvoir sur les ressources financières et les ressources humaines. Or, John Hastings nous en avait prévenu à plusieurs reprises.

Mais là où les centres communautaires ont été ouverts, ils ont eu beaucoup de succès. Je pense que le plan de John Hastings aurait pu être appliqué un peu comme on a appliqué le régime de santé au Québec. Le Québec

[Text]

proposed. Also, the proposals of the Evans commission. . . and others have suggested the same sort of things we have been talking about tonight; and I am sure you have heard for many years the very same proposals.

**Mr. Rosenbaum:** In response to an earlier question you indicated that two areas in which reallocation of funds might be possible were in over-prescribing of drugs and perhaps too many diagnostic procedures being performed. The committee has heard other evidence too about over-prescribing. However, while this may be clinically significant, from a financial standpoint it may be less significant. Only about 5.5¢ of every health care dollar goes for prescription drugs. So even a 25% or a 30% saving there would only mean about 1.5% of the total health care dollar.

This certainly is not the case for diagnostic procedures, and that is why I would like to focus on those. How would you influence the amount of diagnostic activity without unduly interfering with the physician-patient relationship, without angering patients who would then be denied diagnostic procedures they think may be desirable or opening physicians up to liability problems?

**Ms Roe:** I think we need to ask people. I am not so sure if we were to ask people they would agree to all the tests they are given. There are many times when people are not fully aware of why they are having these tests.

My experience prior to coming to VON was in large teaching hospitals, both in Hamilton and here in Ottawa at the Ottawa Civic. Tests get ordered by the interns and the clinical clerks, and there is a physician in charge of this group of people. It is to some extent to build a diagnosis. I am not always sure people really understand what this is all about.

I guess the second group we should ask is the physicians. I am not sure how they feel about it.

**Ms Sutton:** As nurses, we have all had personal experiences of seeing our own relatives in hospitals. But I have seen people who are very, very terminally ill with cancer and who are being tested and over-tested and tested again to monitor blood gases and such things. You just question why it is being done. Is it because you have a resident who needs to have that experience? It makes you wonder.

• 2040

**Mr. Rosenbaum:** Perhaps I could focus on the last part of my question. Are you at all concerned about the medical legal liability question and reductions in diagnostic procedures? Perhaps I could also pick up on the last part of your response. Do medical students and nursing students require training, and are these procedures part of that training?

[Translation]

possède un système qui ressemble à ce qu'avait proposé John Hastings. La commission Evans et d'autres encore avaient suggéré le type d'approche dont nous avons parlé ce soir; et je suis sûr que cela fait des années que vous entendez rabâcher les mêmes suggestions.

**M. Rosenbaum:** Vous avez dit tout à l'heure qu'il serait possible de répartir les fonds différemment, et vous avez parlé de la surabondance des médicaments prescrits, d'une part, et d'autre part, du trop grand nombre de test avant d'établir un diagnostic. Le Comité a beaucoup entendu parler de la surabondance des prescriptions. Cependant, même si l'idée peut être intéressante du point de vue clinique, du point de vue financier elle l'est beaucoup moins. Les médicaments sur ordonnance ne représente qu'environ 5,5c. de chaque dollar consacré à la santé. Autrement dit, une réduction de 25 à 30 p. 100 ne représenterait qu'environ 1,5 p. 100 de la totalité des soins médicaux.

Par ailleurs, c'est tout à fait différent dans le cas d'un diagnostic, et j'aimerais m'y arrêter. Comment pourrions-nous limiter le nombre d'étapes d'un diagnostic sans nous ingérer entre le patient et son médecin, sans irriter les patients qui estiment avoir droit à toute une série de test ou sans que les médecins puissent prêter le flanc à des poursuites?

**Mme Roe:** Je pense qu'il faut demander aux patients s'ils sont d'accord avec tous ces tests qu'on leur fait subir. Bien souvent, on ne sait même pas pourquoi on doit subir tel ou tel test.

Avant de venir travailler pour les infirmières de l'Ordre de Victoria, j'ai travaillé dans de grands hôpitaux universitaires, à Hamilton et à l'hôpital municipal d'Ottawa. Les tests sont prescrits par des internes et par des employés qui relèvent tous d'un médecin. C'est ainsi que l'on forme un diagnostic. Je ne suis pas sûre que tous les patients comprennent comment cela fonctionne.

Il faudrait ensuite poser la question aux médecins eux-mêmes. Je ne sais trop ce qu'ils en pensent.

**Mme Sutton:** En tant qu'infirmières, nous avons toutes déjà personnellement vu des membres de notre propre famille à l'hôpital. Mais nous avons toutes également vu des cancéreux au stade terminal, et qui pourtant continuent à être soumis à toutes sortes de tests pour que l'on vérifie, par exemple, le niveau de leur gaz sanguin. Pourquoi est-ce nécessaire? Est-ce parce que l'un des médecins en résidence doit apprendre ce que c'est? On ne peut s'empêcher de se le demander.

**M. Rosenbaum:** Je vais reprendre la dernière partie de ma question. Est-ce que toute la question de vos responsabilités médico-juridiques, de même que des diminutions dans le nombre de démarches à suivre en vue de poser un diagnostic, vous inquiète? Laissez-moi aussi reprendre ce que vous avez dit à la fin de votre réponse. Montre-t-on aux étudiants en médecine et en sciences infirmières comment on doit poser un diagnostic?



[Texte]

**Ms Roe:** I will not speak for the practice of medicine. Certainly in nursing it has presented some difficulties for us, actually, in that we have new graduates coming into practice both in hospital and community health, where they have had minimal clinical experience. It has meant that those of us who are employers—and I am one of those now, too—have to have a system that provides for supervision and support of those new practitioners until they are comfortable with the procedures. So that is an adjustment employers have to be prepared to make because of some of these changes that are happening.

**The Chairman:** You still have not answered the legal question. I think we should ask you: do you think governments should be passing some kind of legislation that would limit suits that can be put onto health care workers of all kinds? As soon as you become more responsible as nurses, you are going to be sued, too. That is an increasing problem in the United States. What are we going to do about it here in Canada?

**Ms Roe:** You may well have part of the answer there. It is a whole area in which I do not feel very qualified. Now, maybe my colleagues would feel differently about it.

**Ms Sutton:** I am not able to comment on that.

**The Chairman:** As soon as you accept direct care, you are going to be subject to suits. You surely should be worried about that, I think, in this day and age.

**Ms Roe:** With this dilemma, though, what a pity that we will let that drive our system rather than the needs of people. There must be some way, either through legislation or education or whatever, we can bring this into some sort of modified. . .

**The Chairman:** That is exactly what we are asking: what is this way? Maybe you will reflect on it more and come back to us at some time.

**Dr. Mussallem:** You were suggesting that nurses would be sued more now because of the difference in the arrangements. But nurses are responsible for their own acts now, and many of them have been sued.

**The Chairman:** Yes, but the thing is that you are sued now jointly with the hospital and the physician and dear knows who else. But as soon as a patient has the right to go to you directly and you receive a fee one way or another for that care, and you miss a diagnosis that should have gone to say a physician, you are going to be sued. You will be sued alone, because it will not be the hospital then, and it will not be the physician; it will be just you. It is going to be a real problem. I think other health care practitioners must take cognizance of that problem. The committee needs some help in that area, because if you do not think it is a real problem, I am sure it is going to be.

[Traduction]

**Mme Roe:** Je ne me prononcerai pas pour ce qui est de la médecine. Mais j'avoue que pour ce qui est des sciences infirmières, la situation a présenté quelques difficultés pour nous: en effet, certains des nouveaux diplômés qui commencent à pratiquer dans les hôpitaux et dans les centres de santé communautaire ont très peu d'expérience clinique. Autrement dit, les employeurs—dont je suis aujourd'hui—sont obligés de surveiller et d'aider les nouveaux venus, jusqu'à ce qu'ils connaissent bien toute la marche à suivre. Il faut donc que les employeurs soient prêts à s'ajuster à la nouvelle orientation qu'ont prises les facultés de médecine ou les écoles de nursing.

**Le président:** Vous n'avez toujours pas répondu à ma question sur la responsabilité juridique. Pensez-vous que les gouvernements devraient adopter une loi limitant les poursuites juridiques auxquelles pourraient être soumis les travailleurs de la santé en général? Plus les infirmières auront de responsabilités d'ordre médical, plus elles prêteront le flanc à des poursuites elles aussi. C'est d'ailleurs un problème de plus en plus crucial aux États-Unis. Qu'allons-nous faire ici, au Canada?

**Mme Roe:** Vous avez répondu en partie à votre question. Mais je ne me sens pas la compétence voulue pour répondre. Mes collègues ont peut-être quelque chose à dire.

**Mme Sutton:** Je ne suis pas en mesure de répondre.

**Le président:** Dès que vous acceptez de dispenser directement des soins, vous pouvez être sujettes à des poursuites. Il me semble que cela devrait vous inquiéter.

**Mme Roe:** C'est tout un dilemme, je l'avoue, mais quel dommage de nous laisser sous la menace de cette épée de Damoclès plutôt que de répondre aux besoins de la population. Il me semble qu'en légiférant, ou peut-être en informant mieux le public, par exemple, nous pourrions modifier. . .

**Le président:** C'est justement ce que je vous demande: que proposez-vous? Peut-être voudriez-vous y réfléchir et nous répondre plus tard.

**Dr. Mussallem:** Vous laissez entendre que les infirmières pourraient désormais être sujettes à des poursuites parce que le système serait quelque peu différent. Mais les infirmières sont déjà responsables de leurs actes et beaucoup d'entre elles ont déjà fait l'objet de poursuites.

**Le président:** D'accord, mais jusqu'ici, elles ont été poursuivies collectivement avec leur hôpital, ou avec leur médecin, ou avec je ne sais qui d'autre. Mais à partir du moment où un patient aura le droit de s'adresser aux infirmières directement et de les payer pour les soins qu'elles lui dispenseront, et à partir du moment où elles poseront un mauvais diagnostic et omettront de renvoyer un de leurs patients à un médecin, elles feront l'objet de poursuites. Et elles seront poursuivies à titre personnel, sans que l'on fasse intervenir ni l'hôpital ni le médecin. Vous serez donc laissées à vous-mêmes. Vous voyez quel peut être le problème? Il faut absolument que les autres spécialistes des soins de santé soient mis au courant. Notre



[Text]

**Dr. Mussallem:** I think it is correct that in all the provinces the nurses carry liability insurance now.

**The Chairman:** Sure, but it is a joint thing with a lot of other groups, with hospitals and physicians. They are all sued jointly. But you will be sued singularly when you are receiving somebody directly from the street, with no hospital involvement, with no physician involvement. If you miss a diagnosis that should have been picked up, then you have a problem.

**Ms Mitchell:** In response to that point, it seems to me what you have been talking about is that really nurses would be part of a team and probably related to some kind of community clinic. Sure, the community clinic would have legal responsibility, but you are operating as a team with resources and so on. It is not like private practitioners who are completely out on their own.

I would like to make a couple of responses to questions Dr. Halliday was raising. First of all, I think experience has shown us over and over again that the institution of a means test, which in effect is what was being suggested, is not only contrary to good practice from the point of view of how people feel about services and how they feel about themselves as well, but it costs money. It is administratively expensive. We have found that in social services over and over again, that the administrative problem of chasing people up and having interviews to find out what their income is and so on makes that pretty impractical. I would hate to see us have a system where we have one price for the rich and another price or free services for the poor in that respect. That would be really retrogressive.

• 2045

On the question of community clinics, I just wanted to say also that certainly the experience in Vancouver—and I am sure in other communities, particularly where there is experience with health and social services combined, multi-service centres as well—has been extremely positive, and I was curious why you thought there was some record of failure there. In my riding, which is a multi-ethnic riding, the community clinic is able to have ethnic workers in it. They use a lot of lay people, who are working along with the para-professionals, who in turn are working with professionals. They can offer services in different languages and adapt to the cultures and do outreach and so on. So it is something I hope this committee would certainly be pushing very strongly.

[Translation]

Comité a besoin de se faire conseiller dans ce domaine; si vous, vous ne pensez pas que cela puisse être un problème, moi, je pense au contraire que cela en sera tout un.

**Dr Mussallem:** A ce que je sache, les infirmières peuvent souscrire aujourd'hui dans toutes les provinces à une assurance-responsabilité.

**Le président:** Bien sûr, mais c'est une assurance conjointe avec d'autres, avec les hôpitaux ou avec les médecins. Elles font l'objet de poursuites conjointes. Mais le jour où vous vous mettez à recevoir directement les patients qui se présenteront à votre clinique, vous pourrez être poursuivies à titre individuel, sans que vous ayez ni l'hôpital ni le médecin pour vous protéger. Si vous posez un mauvais diagnostic, vous vous retrouverez dans de beaux draps.

**Mme Mitchell:** A ce sujet, il me semble que ce dont nous avons parlé jusqu'à maintenant, c'est d'une équipe au sein d'une clinique communautaire à laquelle appartiendraient les infirmières. Par conséquent, c'est la clinique communautaire qui aurait la responsabilité juridique des actes de ses infirmières, et celles-ci formeraient une équipe, avec une mise en commun des ressources. Ce ne serait pas du tout comme les médecins privés qui fonctionnent en complète autonomie.

J'aimerais répondre aux questions que posait M. Halliday. Tout d'abord, l'expérience nous a prouvé à maintes reprises que d'instituer l'examen des moyens d'existence, comme on l'a suggéré, est non seulement contraire aux bonnes pratiques—si l'on pense à la façon dont la population perçoit les services et à la façon dont elle se perçoit elle-même—mais coûte aussi très cher à administrer. Les services sociaux vous diront à quel point cela leur pose des problèmes d'ordre administratif que d'être obligés de pourchasser les gens pour essayer d'établir quel est leur revenu, et que c'est presque impossible. Je détesterais avoir un régime où il y aurait un prix pour les riches et un autre prix ou des services gratuits pour les pauvres. Ce serait vraiment rétrograde.

Au sujet des cliniques communautaires, je dois dire également que ce qui s'est fait à Vancouver—et dans d'autres collectivités, j'en suis certaine, surtout lorsque les services de santé et les services sociaux sont combinés, dans les centres de services polyvalents également—a été extrêmement positif, et je m'étonne qu'à votre avis, ce fut quelque peu un échec. Dans ma circonscription, multi-ethnique, la clinique communautaire compte des travailleurs d'origine ethnique. On engage beaucoup de profanes qui travaillent avec les paraprofessionnels, qui, à leur tour, travaillent avec les professionnels. Ils peuvent offrir des services dans différentes langues, s'adapter aux cultures et tenter de rejoindre les gens. C'est là, à mon avis, un secteur dont le Comité devrait beaucoup s'occuper.

[Texte]

I wanted to go back to one point. When you were talking about the alternatives to institutional care, you seemed to be talking about again services that were related to sicknesses. I wondered if you had anything else to share with us about other things that can be done to promote more responsibility for people for their own health and well-being.

One of the big things—and I am thinking of women's health in particular—is that women traditionally have not been given the full story about things like menopause and all kinds of health problems and health information they are entitled to. When I became a Member of Parliament, with the stressful lifestyle we had I learned a lot about cholesterol, which I feel everybody should know about. Also, we should all be tuned in to the whole question of stress. There are many, many different things.

One of the groups in my community again that I think is really good—and it is very, very inexpensive—is the Women's Health Collective, where they are really working with other women and they do workshops in the north and throughout the province. They have had a Health and Welfare grant, and they are really working with women to have a much better understanding of their own bodies and their own development so that they do not have to go to the doctors and do not have to be completely dependent on medical practitioners whenever there is some symptom. They take much more responsibility for their own health care. I just wondered if you had anything further that you would like to comment from that point of view.

**Ms Sutton:** I think the example you just mentioned briefly was the community development project we have in the eastern counties in Ontario, where a group of senior citizens themselves again identified some needs that they had—not sickness-related, but in terms of their needs to maintain their health.

What they needed was a catalyst to help them to find out what the resources were, how one develops programs to help them. This was a project that was initially funded with 50% of the money coming from the Department of National Health and Welfare and also from the VON branches. I believe one was Brockville and one was Lanark. The VON employed a co-ordinator. She was a social worker who worked with this group. They set up their own board, and in the different little pockets of the community they identified the kinds of resources they needed. They also were helped to write proposals also to obtain funding for small programs. So they had meals-on-wheels programs, friendly visiting, etc.

In any case, that has been going on for three years. It is a very active program, and they are continuing on their

[Traduction]

Je voudrais revenir à une question. Lorsqu'il est question des solutions de rechange concernant les soins institutionnels, on semble parler, là encore, des services reliés aux maladies. Je me demande si vous voulez partager avec nous vos opinions concernant d'autres choses qu'on pourrait faire pour promouvoir chez les gens un plus grand sens des responsabilités pour leur propre santé et leur bien-être.

Une des choses les plus importantes—et je songe à la santé des femmes en particulier—c'est que depuis toujours, celles-ci n'ont pas toujours été bien informées au sujet, par exemple, de leur ménopause ou d'autres problèmes de santé, et n'ont pas reçu les renseignements qu'elles auraient dû recevoir. Je suis devenue députée, et parce que notre mode de vie comporte beaucoup de stress, j'ai beaucoup appris au sujet du cholestérol, et à mon avis, nous devrions tous être au courant de ces choses. Par ailleurs, nous devrions tous mieux connaître ce qu'est le stress. Il y a bien des questions différentes pour lesquelles on devrait être informé.

Il y a dans ma collectivité un groupe très bien—il ne coûte presque rien—il s'agit du Women's Health Collective; au sein de ce groupe, on travaille avec les autres femmes, on prévoit des ateliers dans le nord et partout dans la province. Ce groupe a reçu une subvention de Santé et Bien-être, il travaille avec les femmes afin qu'elles connaissent mieux leur propre corps, leur développement, pour qu'elles n'aient pas toujours à se rendre chez le médecin et ne soient pas complètement dépendantes de ce dernier chaque fois qu'il y a un symptôme. Elles assument davantage leurs responsabilités en ce qui a trait à leurs soins de santé. J'aimerais savoir si vous voulez ajouter quelque chose à ce sujet.

**Mme Sutton:** L'exemple que vous venez de nous donner est un projet d'expansion communautaire pour les comtés de l'est de l'Ontario, où un groupe de personnes âgées ont elles-mêmes identifié leurs besoins—pas nécessairement liés à la maladie, mais pour demeurer en bonne santé.

Il leur fallait un catalyseur pour les aider à trouver les ressources existantes, pour leur montrer comment on met au point des programmes visant à les aider. Il s'agit d'un projet qui a été financé initialement à 50 p. 100 par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et aussi par des sections des Infirmières de l'Ordre de Victoria. Une était située à Brockville et l'autre à Lanark, je crois. Ces Infirmières de l'Ordre de Victoria ont embauché une coordonnatrice. Il s'agissait d'une travailleuse sociale qui avait travaillé avec ce groupe. Elles ont formé leur propre conseil d'administration et ont identifié dans différents petits îlots de la collectivité le genre de ressources nécessaires. On les a aidées également à rédiger des propositions afin d'obtenir du financement pour de petits programmes. Elles ont donc prévu des programmes de popote volante, des visites amicales, etc.

De toute façon, ce groupe fonctionne depuis trois ans. Son programme est très positif, et le groupe fonctionne



[Text]

own without the co-ordinator now. It certainly is a health and a healthy lifestyle kind of program.

**Ms Roe:** I guess I am thinking that sometimes things come full circle. When we think back on the VON history, the clinics our nurses ran for mother and baby clinics and then the prenatal classes, whether it is VON nurses or public health nurses or community citizens like we have in our community development project, really just to get organized and get self-help groups is just tremendous. We are all very able. We are able to get through school, and many of us through university and so on, if we just are given the information to help ourselves.

• 2050

I think too that as more and more people feel better when they do not smoke, when they have normal weight, they are getting proper rest, and they are able to cope with the stress on the job, they will feel so much better about themselves that this will be a deterrent to habits that are not good for us.

**Mr. Redway:** I am wondering about your community health centres as an alternative to what I see as what the emergency department and the out-patient department of hospitals have really become, community health centres. I am not sure what our researcher would say, but the cost... maybe it is more cost-effective, but in your experience with community health centres, have they been replacing out-patient and emergency departments to some extent at hospitals? Have they been taking the load off them? In my own constituency, Toronto East General Hospital's out-patient and emergency departments have just blossomed, or mushroomed, and you cannot get in the door. You have to line up half-way down the block for these facilities. One of the things you have there that you generally do not find in other medical facilities is 24-hour service.

**Ms Roe:** Yes, I think you have hit the nail on the head.

**Mr. Redway:** Your 24-hour service community clinics have to some extent been replacing...

**Ms Roe:** The one clinic we have right at the moment in Lark Harbour, Newfoundland—and we are planning to have one just north of there, at Rocky Harbour—is not 24-hour, actually. There are two nurses who live in that community, and certainly all those people know how to access those nurses, to telephone them. And the nurses, between them, see that one of them is available.

**Mr. Redway:** There is no alternative to accessing those nurses, but if there is an out-patient or an emergency department at a hospital and the community clinic is

[Translation]

maintenant sans l'aide d'une coordonnatrice. Il s'agit bien sûr d'un programme axé sur la santé et un mode de vie sain.

**Mme Roe:** Je pense que parfois, il faut boucler la boucle. Quand on pense à l'histoire des Infirmières de l'Ordre de Victoria, aux cliniques que nos infirmières ont administrées pour les mères et leurs bébés et aux cours prénataux, qu'il s'agisse des Infirmières de l'Ordre de Victoria, des infirmières hygiénistes ou des gens de la collectivité, comme ceux que nous avons pour notre projet d'expansion communautaire, le fait de simplement s'organiser et de bâtir des groupes autonomes est extraordinaire. Nous sommes très compétentes. Nous pouvons terminer nos études, et beaucoup d'entre nous peuvent fréquenter l'université, si on nous donne assez de renseignements pour devenir autonomes.

Je crois également que plus les gens se sentent bien parce qu'ils ne fument pas, parce qu'ils ont un poids normal, qu'ils se reposent suffisamment, et qu'ils peuvent faire face au stress de leur travail, plus ils se sentent beaucoup mieux vis-à-vis d'eux-mêmes et peuvent laisser tomber des habitudes qui leur sont nuisibles.

**M. Redway:** Je m'interroge quant à vos centres de santé communautaire comme solution de rechange à ce que le service des urgences et la clinique externe des hôpitaux sont vraiment devenus, c'est-à-dire des centres de santé communautaire. Je ne suis pas certain de ce qu'en pense notre agent de recherche, mais les coûts... peut-être que c'est plus économique, mais d'après votre expérience, est-ce que ces centres de santé communautaire ont, dans une certaine mesure, remplacé l'urgence et les cliniques externes dans les hôpitaux? Est-ce que les charges de travail de ces derniers sont moins lourdes? Dans ma propre circonscription, la clinique externe et l'urgence du Toronto East General Hospital sont en pleine expansion, on a de la difficulté à passer la porte. Il faut se mettre en file sur une longueur d'un demi-pâté de maisons pour y être admis. L'une des choses dont vous disposez et qu'on ne trouve pas dans les autres installations médicales, c'est ce service de 24 heures.

**Mme Roe:** Oui, vous avez très bien saisi.

**M. Redway:** Le service de 24 heures dans vos cliniques communautaires a dans une certaine mesure remplacé...

**Mme Roe:** La clinique que nous avons actuellement à Lark Harbour, à Terre-Neuve—et nous en prévoyons une autre au nord de cette localité, à Rocky Harbour—n'est pas ouverte, de fait, pendant 24 heures. Deux infirmières vivent dans cette collectivité, et bien sûr, tous les gens savent comment communiquer avec elles, les appeler au téléphone. Les infirmières décident entre elles qui doit être disponible.

**M. Redway:** Il n'y a pas de solution de rechange à l'accès auprès de ces infirmières, mais s'il y a une clinique externe ou un service des urgences à l'hôpital et que la



[Texte]

closed or any other alternative is closed, right away, bee-line for the hospital.

**Ms Roe:** Yes. But I think that is what has happened with physicians' practices, and that is why people are not going to their physician.

**Mr. Redway:** And the physician does not generally come to visit you at home any more, so you are forced in some way or other to go somewhere else.

**Ms Sutton:** And does not work after certain hours, so those people go to the emergency.

**Mr. Redway:** That is right.

**Ms Roe:** And there is the laboratory and the X-ray, all the back-up service.

**Mr. Redway:** You can telephone the medical clinic, but you get an answering machine or a voice that will eventually refer you to the doctor on call, who says call me in the morning, or call your own doctor.

**Ms Sutton:** So in the meantime you go to the emergency.

**Mr. Redway:** So they go to the emergency, sure. In fact, they usually do not even call any more—with great respect, doctor.

**The Chairman:** I will not argue with that, because I could not.

I thank you for being with us today, ladies. It has been a most stimulating discussion. We enjoyed your brief, and the to-and-fro of questioning was very useful. Thank you very much for being with us.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

Tuesday, June 7, 1988

• 0933

**The Chairman:** Order, please.

The Chair sees a quorum for the hearing of witnesses. We are meeting today in accordance with our mandate under Standing Order 96.(2) in consideration of the health care system in Canada and its funding.

Our first set of witnesses today is from the Consumers' Association of Canada, with Dr. Richard Plain, the co-chairman. Would you be so kind as to introduce your colleagues here with you, Dr. Plain?

**Dr. Richard Plain (Co-Chairman of Health Committee, Consumers' Association of Canada):** I have with me today Jean Jones, past national president of our association, and also Mr. Robert Best, the senior policy research officer in the CAC national office here in Ottawa.

[Traduction]

clinique communautaire est fermée, ou tout autre service, tout de suite, on s'élance vers l'hôpital.

**Mme Roe:** Oui. C'est, je pense, ce qui s'est produit avec les bureaux des médecins; voilà pourquoi les gens ne s'adressent plus à leur médecin.

**M. Redway:** Et les médecins ne visitent plus non plus les gens à domicile; par conséquent, on est forcé, d'une façon ou d'une autre, de s'adresser ailleurs.

**Mme Sutton:** Les médecins ne travaillent plus non plus après certaines heures; par conséquent, les gens doivent se rendre à l'urgence.

**M. Redway:** C'est exact.

**Mme Roe:** Et il y a aussi les laboratoires, les services des rayons X, tous les autres services de soutien.

**M. Redway:** On peut téléphoner à la clinique médicale, mais l'on entend un message enregistré ou une voix qui va vous renvoyer au médecin de garde, qui vous dit de le rappeler le lendemain matin, ou d'appeler votre propre médecin.

**Mme Sutton:** Dans l'intervalle, les gens se rendent à l'urgence.

**M. Redway:** Bien sûr. De fait, ils ne téléphonent même plus habituellement à leur médecin—avec tout le respect que je vous dois, docteur.

**Le président:** Je ne dirai pas le contraire, je ne pourrais pas.

Je vous remercie d'être venues aujourd'hui, mesdames. Ce fut une discussion très enlevante. Nous avons beaucoup apprécié votre mémoire, et cet échange de vues nous a été très utile. Merci beaucoup d'être venues.

La séance est levée.

Le mardi 7 juin 1988

**Le président:** La séance est ouverte.

Je constate que nous avons le quorum requis pour entendre des témoins. Nous sommes réunis aujourd'hui, conformément à notre mandat défini en vertu de l'article 96.(2) du Règlement, pour étudier le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Nous allons commencer par l'Association des consommateurs du Canada et son coprésident, M. Richard Plain. Auriez-vous l'obligeance de nous présenter les collègues qui vous accompagnent, s'il vous plaît?

**Dr Richard Plain (coprésident du comité de la santé, Association des consommateurs du Canada):** Je suis accompagné de M<sup>me</sup> Jean Jones, ancienne présidente nationale de notre association, et de M. Robert Best, agent principal de recherche des politiques et activités au siège de l'ACC, à Ottawa.

[Text]

[Translation]

• 0935

**The Chairman:** Dr. Plain, you have given us a brief, which we appreciate having. You may wish to read it through, though that will take quite a bit of time. If you want to summarize it we will have some time for questions, but it is up to you. You have about 40 minutes, perhaps, altogether.

**Dr. Plain:** Mr. Chairman, you indeed have anticipated the procedure that we hoped you would feel would be most agreeable in getting the greatest input from the committee; namely, what we would like to do, and will do at your suggestion, is highlight our recommendations and then go into questions.

Just before we do that, Mr. Chairman, I would like to draw to your attention the third line from the top on page 11. On page 11, third line from the top, the words "consumers are" should be added immediately after the word "though" and before "forced to pay". It certainly changes the conclusion somewhat.

We will go through our six recommendations. I will deal with the first two. Jean Jones will deal with recommendations three, four and five, and then I shall deal with recommendation six.

The first recommendation is as follows:

The Consumers' Association of Canada, with a number of other health groups, has advocated the formation of a national health council to conduct research and provide objective advice and information on the health care system to governments, health practitioners and the public. We continue to believe such a council is necessary. We indeed urge and call on the federal government to take prompt action in assisting the formation of such a group.

Secondly, Mr. Chairman, CAC supports the reallocation of funds to encourage health promotion and disease prevention and an emphasis on the health status of the population in evaluating the effect of changes in various mixes of health expenditures. There are major inter-regional and inter-provincial differences in health care expenditures in Canada. The impact of these differences on the health status of Canadians is not known. Morbidity and mortality figures exist, but these are obviously not positive indicators of the health status of Canadians in the regions, and of the variance between regions.

**Ms Jean Jones (Former President, Consumers' Association of Canada):** CAC recommends that there be more emphasis on developing and disseminating information on the effectiveness, efficacy, cost effectiveness and cost utility of new medical technologies. We are also concerned that there be evaluation of

**Le président:** Monsieur Plain, nous vous remercions de nous avoir fourni votre mémoire. Vous voudrez peut-être le lire, quoique cela prendra quand même un bon moment. Si vous désirez le résumer, nous aurons plus de temps pour les questions. C'est à vous de décider. Vous disposez d'environ 40 minutes en tout.

**Dr Plain:** Monsieur le président, vous venez de proposer ce sur quoi nous comptons, car nous voulons discuter le plus possible de la question avec les membres du Comité; ainsi, comme vous l'avez proposé, nous vous ferons part de nos recommandations, puis nous pourrions passer à la période des questions.

Avant de ce faire, monsieur le président, j'aimerais apporter une correction à notre mémoire. Ainsi, à la page 9 du texte français, trois lignes avant la fin du dernier paragraphe, il faudrait remplacer «même si elle doit» par «même si les consommateurs doivent». Ça change la conclusion.

Nous vous lisons nos six recommandations. Je vous lirai les deux premières et la sixième. Jean Jones vous lira les recommandations trois, quatre et cinq.

Voici la première recommandation:

L'Association des consommateurs du Canada, à l'instar de plusieurs autres groupes, a milité en faveur de la création d'un conseil national des soins de santé qui serait chargé de diriger des recherches, ainsi que de fournir des avis et des renseignements objectifs sur le régime de soins de santé aux gouvernements, aux professionnels de la santé et au grand public. Nous continuons à être convaincus de l'importance de ce conseil. Nous exhortons de fait le gouvernement fédéral à prendre des mesures le plus tôt possible pour favoriser la création de ce groupe.

Deuxièmement, monsieur le président, l'ACC préconise la réaffectation des fonds de manière à encourager la promotion de la santé et la prévention des maladies. Elle considère que l'évaluation des diverses façons de dépenser les budgets de la santé doit se faire avant tout en fonction de l'état de santé de la population. On constate des différences notables d'une région et d'une province à l'autre dans la façon dont les budgets de la santé sont dépensés au Canada. Or, personne ne sait exactement dans quelle mesure ces différences ont une influence sur l'état de santé des Canadiens. Il existe, certes, des statistiques sur les taux de morbidité et de mortalité, mais ces chiffres ne sont guère propres, de toute évidence, à servir d'indicateurs positifs de l'état de santé des Canadiens dans les différentes régions; de plus, ils ne reflètent pas les différences qui existent entre les régions.

**Mme Jean Jones (ancienne présidente, Association des consommateurs du Canada):** L'ACC recommande que l'on s'attache davantage à réunir et à diffuser de l'information sur l'efficacité, la rentabilité et le rapport qualité-prix des nouvelles technologies médicales. Nous sommes également d'avis qu'il faudrait procéder à une



[Texte]

improvement in the quality of life in balance with benefits in relation to longevity.

Number four, the use of health professionals, other than physicians, who have particular expertise—nurse practitioners, midwives and other allied health professionals in broader health promotion and treatment field—should be encouraged, and renewed emphasis should be placed on continued monitoring of physician population ratios in Canada.

Number five, it is strongly recommended that demonstration projects be used as one means of evaluating a number of innovative proposals, which are emerging with respect to the delivery of health care to the aged. We consider it crucial that there be demonstration projects prior to the continuation of de-institutionalization of the elderly to determine if impaired and dependent aged can be kept at home and what levels of support services are necessary to allow them to be kept at home without undue cost to family.

• 0940

**Dr. Plain:** Thank you, Jean.

We urge the federal government to make a commitment to the people of Canada that it will not continue providing the same level of health transfer payments to provinces that continue to de-insure medically required services. In effect, the reduction or the elimination of health services by a province should be reflected in a reduction in the level of financial support received by a province.

Under the existing rules of the game, or at least in the way they are being interpreted or enforced, it pays a province to de-insure services or not to insure new services. A 100% user fee is even less appropriate than a partial user fee. In addition, it is essential that medically required or medically necessary services be defined and that standards be established which can be used to monitor the performance of each of the provincial systems.

Mr. Chairman, if I might just supplement. As I left Edmonton—I have been in Halifax and I flew in from Halifax yesterday morning—a lady handed me a letter at my door. It was a lady who had had a tubal ligation. She had asked for compensation now that the service had been re-insured. In August, Alberta de-insured vasectomies, tubal ligations, sexual counselling, eye examinations for those 18 and under and for 65 and over.

This lady. . .

**Ms Copps:** Between 18 and 65.

**Dr. Plain:** Yes, that is right. Oh, sorry.

[Traduction]

étude qui ferait ressortir le lien qui existe entre l'amélioration de la qualité de la vie et la longévité.

Quatrièmement, il conviendrait d'encourager le recours aux professionnels de la santé non médecins possédant une compétence particulière (infirmières, sages-femmes, etc.) dans le domaine général de la promotion de la santé et du traitement, ainsi que de recommencer à suivre de près l'évolution des rapports médecins-population au Canada.

Cinquièmement, l'ACC recommande vivement la mise en place de projets pilotes comme méthode d'évaluation de certaines propositions novatrices présentées récemment pour la prestation des soins de santé aux personnes âgées. A notre avis, avant de poursuivre la désinstitutionnalisation des personnes âgées, il faudrait élaborer des projets pilotes afin de déterminer si les personnes âgées qui sont dépendantes et qui ont des problèmes peuvent rester à la maison; il faudrait également déterminer le type de services dont elles ont besoin pour continuer à vivre à la maison sans représenter un fardeau financier trop lourd pour leur famille.

**Dr Plain:** Merci, Jean.

Nous prions instamment le gouvernement fédéral de prendre l'engagement devant la population du Canada de ne pas effectuer les mêmes paiements de transfert, au titre de la santé, aux provinces qui continuent à désassurer les services. La réduction ou la suppression de services de santé par une province devrait entraîner une baisse correspondante du niveau de soutien financier qui lui est accordé.

Selon le système actuel, ou, du moins, de la façon dont ce système est interprété et appliqué, il est rentable pour les provinces de désassurer les services ou de ne pas assurer les nouveaux services. Les frais de 100 p. 100 sont naturellement encore moins justifiables que les frais modérateurs. En outre, il importe au plus haut point que les services médicalement nécessaires soient définis et que des normes soient établies pour permettre de contrôler le rendement de chacun des régimes provinciaux.

Je voudrais ajouter une toute petite chose, monsieur le président. Quand je suis parti d'Edmonton—je suis allé à Halifax, d'où je suis revenu hier matin—une dame est venue à ma porte me remettre une lettre. Elle avait eu une ligature des trompes. Elle avait demandé un remboursement, maintenant que ce service est de nouveau assuré. En août, l'Alberta a désassuré les vasectomies, les ligatures des trompes, les services de conseils sexuels et les examens ophtalmologiques pour les jeunes jusqu'à 18 ans et pour les personnes âgées à partir de 65 ans.

Cette dame. . .

**Mme Copps:** Pour les gens de 18 à 65 ans.

**Dr Plain:** Oui, c'est exact. Excusez-moi, je me suis trompé.



[Text]

So the lady had a tubal ligation, costing her some \$350, or in her words as she put it:

I recently paid for my own sterilization surgery and found the cost of the operation to be approximately equal to what I paid for my first car, \$350.

It must have been modest car. The lady was in her thirties.

The reply from the minister, Mr. Chairman and members of the committee, is most illuminating and I believe definitely calls for action by the federal government. I read you a part of this reply:

In monitoring the impact of this de-insurance, the government became aware

—he meant the de-insurance as of August—

that payment for such contraceptive procedures were placing a financial burden on some families. Resulting concern in the intent to provide all Albertans regardless of their financial circumstances with access to the procedures led to the government's reinstating them as insured items. This decision was made by all members of Cabinet and caucus who also decided that re-instatement would be effective April 7, 1988 and would not be retroactive. No provisions were made for reimbursing a patient who elected to have a tubal ligation, vasectomy, or an I.U.D. insertion during the period of non-coverage.

So we have then simply, as matters stand, the ability for a province to reach an arrangement whereby de-insured consumers for months at a time... dropped the whole burden entirely upon the consumers with all the attendant problems raised with respect to access, and then chose to re-instate it, recognizing all the problems with respect to access. We have had no response or anything to deal with this and when there was a request for reimbursement in between, it was said: too bad.

Mr. Chairman, I am sure there are other issues and matters, but that is something I think everyone can appreciate. The Consumers' Association of Canada and those in Alberta, in particular, are less than fully enamoured with that approach. It may need some intense federal-provincial interface, perhaps, to correct it.

• 0945

That is at this stage, Mr. Chairman and members of the committee, the summary of our recommendations. We would very much welcome your questions and will try to relate to them as well as we can.

[Translation]

Donc, cette dame a eu une ligature des trompes qui lui a coûté 350\$ environ ou, comme elle le dit:

J'ai récemment payé les frais de ma propre stérilisation et constaté que cela m'avait coûté à peu près autant que ma première voiture, 350\$.

Ça ne devait pas être une voiture de luxe. C'est une personne d'une trentaine d'années.

La réponse du ministre est extrêmement intéressante, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, et justifie à mon avis clairement une intervention du gouvernement fédéral. Je vous lis une partie de cette réponse:

Lorsqu'il a cherché à déterminer les répercussions de cette désassurance, le gouvernement s'est rendu compte...

... il voulait dire la désassurance à partir d'août...

... que le coût de ces mesures contraceptives représentait un fardeau financier considérable pour certaines familles. Soucieux de permettre à tous les habitants de l'Alberta, quelle que soit leur situation financière, de bénéficier de ces interventions, le gouvernement a décidé de les réassurer. Cette décision a été prise par la totalité des membres du Cabinet et du caucus, qui ont aussi décidé que ces services seraient réassurés à partir du 7 avril 1988, et non rétroactivement. Aucune disposition n'a été prise concernant le remboursement des personnes qui avaient subi une ligature des trompes ou une vasectomie, ou s'étaient fait poser un stérilet durant la période où ces services n'ont pas été assurés.

Voilà donc tout simplement le cas d'une province qui a décidé de ne plus assurer les consommateurs pendant des mois, de leur laisser supporter eux-mêmes le fardeau financier et tous les problèmes connexes entraînés par ces services médicaux, puis qui a décidé de rétablir cette assurance après avoir constaté les problèmes d'accès qu'entraînait cette nouvelle situation. Elle ne s'est pas préoccupée de ce qui s'était passé entre-temps, et quand quelqu'un a demandé un remboursement, on lui a répondu: tant pis pour vous.

Monsieur le président, je suis sûr qu'il y a d'autres questions à aborder, mais je crois que tout le monde mesure bien l'absurdité d'une telle situation. L'Association des consommateurs du Canada et les consommateurs de l'Alberta, en particulier, sont loin d'être enchantés par une telle attitude. Il faudrait peut-être intensifier les contacts entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial pour rectifier cette situation.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, voilà le résumé de nos recommandations pour l'heure. C'est avec plaisir que nous répondrons à vos questions, tâchant de faire de notre mieux pour les cerner.

[Texte]

**Ms Coppins:** I am really glad that the Consumers' Association of Canada is taking an interest in this issue, because I have been beating this for a couple of years. I think the fact that an association of your stature takes this issue seriously is a good sign.

The other thing I would like to find out from you is whether or not you have had other experience. I have been trying to get from the minister—and this goes back almost two years—a list of the de-insured services on a province-by-province breakdown across the country. At one time he promised me that; then he reneged on that promise.

I do not think Alberta is the only case in point. I think there is an awful lot happening in other provinces that is not getting the public attention. When Alberta introduced the specific piece of provincial legislation, it focused public attention and people had to take a stand on the issue one way or the other.

Other provinces also have a spotty record in relation to what is insured and what is not insured. If you look at Newfoundland, for example, transportation by ambulance to hospital is a real case of Russian roulette. In many areas they have only a driver, so you might as well be calling a cab. They have no ambulance attendant for somebody who is having a heart attack or whatever.

In the brief you make the suggestion that the medical authorities in the federal and provincial scene get together and establish a list of what are insured and de-insured services. I am a little bit confused on one point, because at one point I read that you have some concerns about the Canada Health Act, and then later on in your brief you say the Canada Health Act is being violated, and it is the political. . .

I tend to think the Canada Health Act can give us the protection if we want to use it. If the Canada Health Act is just sitting there and it is not being utilized, then we will not get anywhere. Do you see specific amendments to the Canada Health Act, or is it a case of political will?

**Dr. Plain:** I will comment first, and I know Jean will want to comment quickly later.

The first thing is our concern with respect to medically required and medically necessary services. To use the Alberta illustration, we had believed it would be in part up to scientific medicine to establish what indeed was an efficacious or effective procedure, meaning in a sense that we improved the status of the individuals receiving the service.

Alberta de-insured sets of services, and we have letters in our possession from the registrar of the College of Physicians and Surgeons in the Province of Alberta indicating that they were not consulted or approached with respect to the determination by the Government of

[Traduction]

**Mme Coppins:** Je suis très heureuse que l'Association des consommateurs du Canada s'intéresse à cette question, car je reviens à la charge depuis quelques années déjà là-dessus. C'est bon signe qu'une association de votre envergure prenne la chose au sérieux.

Autre chose: j'aimerais savoir si vous avez ou non connu autre chose. J'essaie d'obtenir du ministre—et cela remonte à près de deux ans—une liste province par province des services qui ne sont plus assurés. À une époque, il avait promis de me fournir cette ventilation, mais il n'a pas tenu sa parole.

Je ne pense pas que le cas de l'Alberta soit unique. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui se passent dans d'autres provinces et dont on ne parle pas au public. Lorsque le gouvernement albertain a proposé ce projet de loi provincial, cela a mobilisé l'attention du public, et les gens ont dû prendre position d'un côté ou de l'autre.

D'autres provinces ont, elles aussi, un dossier plutôt vague quant à ce qui est assuré et ce qui ne l'est pas. Dans le cas de Terre-Neuve, par exemple, le transport par ambulance jusqu'à un hôpital est une affaire de roulette russe. Dans de nombreuses régions, il n'y a qu'un chauffeur; alors, c'est comme si vous appeliez un taxi. Ils n'ont pas d'aides infirmiers capables de s'occuper de quelqu'un qui vient de faire un infarctus, par exemple.

Vous proposez dans votre mémoire que les responsables fédéraux et provinciaux des services médicaux se réunissent et établissent ensemble une liste des services assurés et des services non assurés. Cela me déroute un peu, car, à un moment donné, vous dites avoir certaines inquiétudes quant à la Loi canadienne sur la santé, mais plus loin dans votre mémoire, vous dites que cette loi est en train d'être violée et que c'est une question politique. . .

J'ai tendance à croire que la Loi canadienne sur la santé est en mesure de nous donner la protection nécessaire si nous y recourons. Mais si la loi est là sans que l'on s'en serve, alors cela ne débouchera sur rien. Aimerez-vous que des amendements bien précis soient apportés à la Loi canadienne sur la santé, ou bien, est-ce une question de volonté politique?

**Dr Plain:** Je vais d'abord faire quelques commentaires, après quoi Jean voudra certainement ajouter quelque chose.

Notre première préoccupation concerne les services exigés et les services nécessaires. Pour utiliser le cas de l'Alberta, nous avons pensé qu'il devrait revenir en partie à la médecine scientifique d'établir ce qui constitue une procédure efficace ou efficiente. Il devait donc être question d'améliorer le statut des personnes recevant le service.

L'Alberta a retiré du programme d'assurance certains groupes de services, et nous avons des lettres du registraire du Collège des médecins et des chirurgiens de la province de l'Alberta nous disant qu'il n'a pas été consulté par le gouvernement de l'Alberta dans sa détermination des



[Text]

Alberta that these procedures, which we had enjoyed for 19 years, were medically necessary or unnecessary. There was a discussion with the Alberta Medical Association that had suggested a list, and they were less than enamoured with many of the items that were picked by the province out of the list because they felt they had not had sufficient discussion with them.

So the thing that disturbs us, dealing with just medical activities and not any of the other sides, is that the body that sets the rules in society and provides some safeguards to individuals and consumers with respect to practice, the professional society, is not even getting into this discussion. So it seems as though anything could be done. Anyone could decide that any of our services were not medically required, and then off we go, and we get into a battle between the medical associations and the consumer groups and conflicting opinions.

The eye examination is one example. The ophthalmologists in our province are not upset with respect to the fact that there is de-insurance from 19 to 64 inclusive, and therefore optometrists, on the other hand, are most distressed, as we would say, from a pecuniary point of view. But from the consumers' side of things, then, even in the providers' groups we have one group of providers opposed and one group for, consumers knowing they are without the services. What is the basis for this? If you are 16 and need a medically required service you will get it, and if you are 42 you do not? That is discrimination on the basis of age. That is not on medically necessary service. That is not what our act is about. That is not the social covenant all three parties made to Canadians when all unanimously supported this act. We think things are very much coming apart here because of this ad hockery.

• 0950

**Ms Copps:** But do you not think if the federal minister were forcefully to apply the principles laid down in the Canada Health Act he could make a very strong argument to the Province of Alberta, as we suggested in the House at the time, that what they were doing was a violation of the principle of universality and should be thrown out? If he wanted to, he could do that, I think.

**Dr. Plain:** Our belief is that the access provisions in the act seemingly. . . I do not know what the regulations are, but there seems to be a very curious breakdown. We have been informed that "medically required" is not defined in the Canada Health Act, nor is "medically necessary" defined. So what we are seeing in the provinces is that a group comes in and they de-insure you for medical insurance but you are still insured for hospital services. Supposedly they say this service is not medically required,

[Translation]

procédures qui seraient nécessaires sur le plan médical et de celles qui ne le seraient pas, procédures dont nous avions joui pendant 19 ans. Il y a eu des discussions avec l'Alberta Medical Association, qui avait proposé une liste, mais l'association était loin d'être emballée par certains des services que la province avait choisi de retirer de la liste, car elle jugeait qu'elle n'avait pas été suffisamment consultée.

Ce qui nous dérange profondément, et je ne parle ici que des activités médicales, laissant de côté tout le reste, c'est que l'organisme qui établit les règles au sein de la société et qui fournit certaines garanties aux particuliers et aux consommateurs relativement à la pratique de la médecine, soit la société professionnelle, n'intervient même pas dans la discussion. Il semblerait que n'importe quoi soit possible. N'importe qui pourrait décider que n'importe lequel de nos services ne constitue pas un service médical nécessaire, et voilà que s'engagerait une bagarre entre les associations médicales et les groupes de consommateurs et ceux et celles qui auraient des opinions contraires.

Prenons l'exemple d'une visite chez l'oculiste. Dans notre province, les ophtalmologistes ne sont pas ennuyés du fait que les 19 à 64 ans inclusivement aient été retirés du programme d'assurance, tandis que les optométristes sont très ennuyés, car cela aura des conséquences financières pour eux. Quant aux consommateurs—et même parmi les groupes de fournisseurs des services, il y en a un qui est pour et un autre qui est contre—les consommateurs savent qu'ils n'auront pas accès à ces services. Sur quoi cela s'appuie-t-il? Si vous avez 16 ans et que vous ayez besoin d'un service médicalement requis vous l'obtiendrez, mais si vous avez 42 ans vous n'y aurez pas droit? Il s'agit de discrimination fondée sur l'âge. Il ne s'agit pas de déterminer s'il s'agit de service médicalement nécessaire. Ce n'est pas ce que dit notre loi. Cela va à l'encontre de l'engagement social qu'ont pris les trois partis à l'égard des Canadiens lorsqu'ils ont appuyé à l'unanimité la loi en question. Nous croyons que notre système est ainsi en train de se désagréger.

**Mme Copps:** Mais ne croyez-vous pas que si le ministre fédéral appliquait avec vigueur les principes stipulés dans la Loi canadienne sur la santé, il pourrait faire valoir à la province de l'Alberta, comme nous l'avons suggéré à la Chambre à l'époque, que ce qu'ils font va à l'encontre du principe de l'universalité et qu'ils devraient y renoncer? Je crois que s'il le voulait, il pourrait le faire.

**Dr Plain:** Nous croyons que les dispositions relatives à l'accès dans la loi semblent. . . Je ne sais pas en quoi consiste le règlement, mais il semble y avoir une drôle de répartition. On nous a informés que les expressions «service médicalement requis» et «service médicalement nécessaire» n'étaient pas définies dans la Loi canadienne sur la santé. Ce qui se passe donc dans les provinces, c'est qu'un groupe arrive et désassure les services médicaux mais maintient l'assurance des services hospitaliers. Ils



[Texte]

but by all means, charge whatever you can, put in private insurance, or not, or whatever happens. You are not covered for your physician's services, but you can go to the hospital and we will cover you for hospital services. So now we have services that are not medically required but that are necessary for hospital purposes in our hospitals. At least it is positive inasmuch as if you had two days in a hospital for a tubal ligation and \$350 for a physician's fee and another \$350 or \$400 a day in the hospital stay, the total bill would be \$1,100, roughly. So now it is only the \$350.

**Ms Jones:** Our concern also is that previously insured services that really are part of prevention and health promotion are the ones that were curtailed in most provinces. I am talking of periodic examinations—eye examinations, the check-ups that are very important for health promotion. So it seems ironical that at the same time as the federal government is launching its health promotion campaign, which we do applaud, the provinces are eroding it by not providing those previously insured services.

**Ms Copps:** The other point you make in the brief, which I think our committee should take a long look at, is that there is a bit of a fallacious notion by provinces or by the government when we are talking about health cut-backs, because yes, in the Province of Alberta, they were able to shave some off the top, but if you look at the increase in total GNP devoted to health care, once you start allowing the marketplace to determine the cost of a de-insured service, then the cost goes up.

**Ms Jones:** Yes.

**Ms Copps:** I think this committee... in fact, we had a battle royal even to have the principles of the Canada Health Act included as a preliminary basis for this study. I think there is a feeling among some that we should be moving away from universal access and universally insured services. I was glad you brought that point out.

**Mr. Robert Best (Senior Policy Researcher, Consumers' Association of Canada):** That was the point I was going to make: to emphasize that we supported the Canada Health Act and remain very supportive of the act itself. We have some problems, perhaps, with the regulations not defining some key terms adequately, but we support the Canada Health Act and its principles.

**Ms Copps:** Do you have access on a continuing basis through your membership to an overview of what is happening in a lot of provinces? I know Alberta has been the touchstone, but as I have mentioned, I am very fearful

[Traduction]

disent supposément qu'il s'agit d'un service qui n'est pas médicalement requis, mais que les médecins peuvent demander ce qu'ils veulent pour ces services, que les gens peuvent prendre des assurances privées, ou autres. Les services médicaux ne sont pas couverts, mais les services hospitaliers le sont. On se retrouve donc avec des services qui ne sont pas médicalement requis, mais qui sont nécessaires lorsqu'une personne est hospitalisée. Il y a un certain aspect positif en ce sens que pour une personne qui est hospitalisée pendant deux jours pour une ligature des trompes, il en coûte 350\$ en honoraires du médecin et de 350\$ à 400\$ par jour pour le séjour à l'hôpital, c'est-à-dire que la facture totale s'élèverait à environ 1,100\$, mais la personne ne doit payer que 350\$.

**Mme Jones:** Ce qui nous préoccupe également, c'est que les services qui étaient auparavant assurés et qui font réellement partie de la prévention et de la promotion de la santé sont ceux qui ont été les plus réduits dans la plupart des provinces. Je parle des examens périodiques—des examens de la vue, des bilans de santé qui sont très importants pour la promotion de la santé. Il semble donc ironique que pendant que le gouvernement fédéral lance sa campagne de promotion de la santé, que nous applaudissons, les provinces sont en train de miner cette campagne en éliminant des services qui étaient auparavant assurés.

**Mme Copps:** Une autre chose que vous faites remarquer dans votre mémoire, et je pense que notre Comité devrait s'y pencher longuement, c'est qu'il y a une certaine notion erronée de la part des provinces ou du gouvernement lorsque nous parlons des réductions des coûts des services de santé. En effet, en Alberta, on a peut-être réussi à éliminer certains coûts, mais si on regarde l'augmentation du PNB total consacré aux soins de la santé, si on laisse le marché déterminer le coût d'un service désassuré, alors le coût augmente.

**Mme Jones:** Oui.

**Mme Copps:** Je pense que notre Comité... en fait, nous avons dû nous battre même pour que les principes de la Loi canadienne sur la santé servent de base préliminaire à cette étude. Je pense que certaines personnes ont l'impression que nous devrions nous éloigner de l'accès universel et des services universellement assurés. Je suis heureuse que vous ayez soulevé cette question.

**M. Robert Best (rechercheur principal en matière de politiques, Association des consommateurs du Canada):** C'est ce que j'allais dire: souligner que nous avons appuyé la Loi canadienne sur la santé et que nous demeurons d'ardents partisans de la loi en elle-même. Le fait que certaines expressions clés ne soient pas définies de façon adéquate dans le règlement nous pose peut-être certains problèmes, mais nous appuyons la Loi canadienne sur la santé et ses principes.

**Mme Copps:** Par l'intermédiaire de vos membres, votre association est-elle constamment au courant de ce qui se passe dans la plupart des provinces? Je sais que l'Alberta a été la pierre de touche, mais comme je l'ai dit, je crains

[Text]

a lot of de-insurance is occurring in a lot of other places and it is slipping under the rug because no one is talking about it and no one is bringing it up.

**Ms Jones:** We do have information through the Canadian Health Coalition on what is happening in the different provinces, and it was on the basis of that information I was making that point, that it is these various previously insured services that fall into the health promotion field. We do have provincial associations and provincial representatives on our health committee from whom to draw directly.

• 0955

**Dr. Plain:** Yes, we do get the members of our committee at our meetings bringing forth specific instances where we feel services are being insured. But of course only some of these fall under the Canada Health Act. So, depending on what the range of inquiry here is, if you ask what health care services are being de-insured then now we really have a very large number. If we ask what is the range of health care services being de-insured as they pertain to the Canada Health Act, meaning in the narrow meaning as we view it—physicians and dental surgeons, in that context—then it is much more limited. But across the side it has been discovered that it pays to take the tax points and de-insure.

**Mrs. Collins:** I am not a regular member of this committee, but both Mr. Reid and I are on the consumer and corporate affairs committee and meet with your colleagues quite regularly and know the good work of the Consumers' Association.

I have some concerns about the practicability of trying to establish lists of services and keep them up to date in this rapidly changing medical technology. Have you thought through just how that process could work effectively so that some new procedure that would come along and would not be on the list...? It might take a year or so to get it onto a list, and in the meantime it would not be covered.

**Dr. Plain:** We presently keep track, with a selected group of researchers, of what is happening in changes in fee schedule items across the provinces. So we have a detailed listing on all of these fee schedule items by province, in order to try to create our medical price indexes and comparisons across Canada.

In the days of computerization and new procedures, it is just a matter of notification that, once Ontario or Alberta or Saskatchewan or Nova Scotia decides that a procedure would be allowed to their medical plan, the notification then would go through, and the people who are being circularized are not only all the members of the medical profession in that province in addition to the fee

[Translation]

énormément que le phénomène de la désassurance se retrouve dans bien d'autres provinces et qu'il passe inaperçu parce que personne n'en parle, personne ne soulève la question.

**Mme Jones:** La Coalition canadienne de la santé nous tient au courant de ce qui se passe dans les différentes provinces, et c'est à partir de ces renseignements que je faisais cette remarque, que divers services qui étaient auparavant assurés font partie de la catégorie de la promotion de la santé. Nous avons également des représentants provinciaux et d'associations provinciales qui font partie de notre comité de la santé et qui nous renseignent directement.

**Dr Plain:** À nos réunions, les membres de notre comité donnent des exemples précis de désassurance de certains services. Évidemment, seulement certains de ces services sont prévus dans la Loi canadienne sur la santé. Donc, il y a en réalité un très grand nombre de services de soins de santé en général qui sont désassurés. Mais ce nombre est beaucoup plus limité si l'on parle de la gamme des services de soins de santé au sens de la Loi canadienne sur la santé, c'est-à-dire au sens restreint que nous l'entendons—médecins et chirurgiens dentaires, dans ce contexte. Mais on a constaté qu'il valait la peine de prendre les points d'impôt et de désassurer.

**Mme Collins:** Je ne suis pas un membre régulier du Comité, mais M. Reid et moi-même sommes membres du Comité de la consommation et des corporations et nous rencontrons vos collègues assez régulièrement et nous sommes au courant de l'excellent travail qu'accomplit l'Association des consommateurs du Canada.

Je me demande s'il serait vraiment utile d'essayer de dresser des listes de services et de les tenir à jour étant donné l'évolution rapide des techniques médicales. Avez-vous pensé à la façon dont le système pourrait fonctionner pour être efficace et permettre de découvrir qu'une nouvelle intervention ne figure pas sur la liste...? Cela pourrait prendre un an ou deux avant qu'elle y figure sur et, entre-temps, elle ne serait pas couverte.

**Dr Plain:** Nous avons un groupe de chercheurs qui nous tiennent actuellement au courant des changements apportés aux barèmes des honoraires dans les provinces. Nous avons donc une liste détaillée des droits perçus dans chaque province, pour essayer de créer nos propres indices des prix médicaux et d'établir des comparaisons dans tout le Canada.

Grâce à l'informatisation, si l'Ontario ou l'Alberta, la Saskatchewan ou la Nouvelle-Écosse décidaient d'accepter une nouvelle intervention dans leur plan médical, il s'agirait tout simplement d'en aviser les gens. En plus d'aviser tous les membres de la profession médicale dans la province en question, on en aviserait également les autorités fédérales. Cela réglerait donc certainement cette



[Texte]

schedule but also to the federal authorities. So certainly that part of it all can be handled and, I think, set up and made routine.

I think you were perhaps getting at the new technologies or technologies that might be under surveillance that are just breaking or in an experimental stage, and that perhaps is another matter we might have to look at, how that information would be shared or alerts would go out earlier.

**Mrs. Collins:** Do you think the insured services should be the same in every province, or should there be some provincial discretion?

**Dr. Plain:** The fact is that they are not. When we first approached this, it was the belief that we all came with different mixes of services in our plan, somewhat different coverages, as we went into the act. Our problem is that we are losing. The first batch of de-insurance occurred in Alberta, which had very wide and very generous plastic surgery coverages, for example. So in October 1986, when we brought the end to the extra billing, that was the first de-insurance in that group. With respect to the plastic surgery items, reconstructive surgery areas, a number of those went out, and then in August 1987 another group was stripped out. So, in our own components of the system, many of us are seeing what we used to enjoy being reduced.

The question as to whether there is a common standard across the board needs to be addressed, and that is one of the things a Canadian Health Council needs to be getting at and we need to be looking at, and we need input from a number of people on this type of thing. It gets down to issues about "medically necessary" and "medically required" and what the outcomes of these are.

We sort of believed that you did not get into the business of second-guessing our medical practitioners, but we are now into this type of thing. People are coming along saying: we, the minister, say that physicians do that; they are de-insured under that. We used to believe we had a public insurance plan. Physicians came in, interfaced with the patients; the service was offered, and it was a legitimate service. It was provided with different levels of generosity and so on. But we are getting into a whole different range of things. That is why we think the council and the input and the looking into this thing have to go on while we try to reach an understanding of that very important and basic question that you ask.

• 1000

**Mrs. Collins:** Which would include consumers, I assume.

**Dr. Plain:** Oh, yes.

**Mrs. Collins:** You could have a situation—indeed, perhaps in Alberta—where some kinds of cosmetic surgery that are purely optional—you can always argue whether it is for medical or mental health reasons—the general opinion is they should not be insured across the

[Traduction]

partie du problème, et je pense qu'un tel avis de changement pourrait être envoyé de façon systématique.

Je pense que vous vouliez peut-être parler des techniques nouvelles ou de celles qui ne font qu'apparaître ou n'en sont qu'à un stade expérimental, et nous devrions peut-être nous pencher sur cette question, pour voir de quelle façon ces renseignements pourraient être obtenus plus tôt.

**Mme Collins:** Croyez-vous que les services assurés devraient être les mêmes dans chaque province, ou devrait-il y avoir une certaine discrétion provinciale?

**Dr. Plain:** Le fait est qu'ils ne sont pas les mêmes. Lorsque nous avons abordé cette question, on croyait que nous avions tous une gamme différente de services dans notre plan, des couvertures quelque peu différentes, lorsque nous avons adopté la loi. Le problème, c'est que nous perdons. On a assisté à une première série de désassurance en Alberta, qui avait une couverture très généreuse par exemple en chirurgie plastique. Donc, en octobre 1986, lorsque nous avons aboli la surfacturation, on a assisté à la première désassurance de ce groupe. Pour ce qui est des services de chirurgie plastique, un certain nombre de services de chirurgie reconstructive ont été éliminés, puis en août 1987 un autre groupe a été éliminé. Donc, plusieurs d'entre nous constatent une réduction des services dont nous jouissions auparavant.

Pour ce qui est de savoir s'il y a lieu d'établir une norme commune au pays, c'est une question sur laquelle un Conseil national des soins de santé devrait se pencher, et nous devons consulter un certain nombre de gens à cet égard. Il s'agit de déterminer quels services sont «médicalement nécessaires» et «médicalement requis».

On croyait en quelque sorte qu'il ne fallait pas essayer de comprendre après coup nos médecins, mais c'est ce que nous faisons actuellement. Les gens disent: «Nous, le ministre, disons que les médecins font ceci; ils sont ainsi désassurés». Nous croyions auparavant que nous avions un plan d'assurance public. Les médecins communiquaient avec les patients; le service était offert, et il s'agissait d'un service légitime. Il était offert à divers degrés de générosité, etc. Mais nous nous retrouvons dans une toute autre situation. C'est pourquoi nous estimons que le conseil et la consultation sont nécessaires tout en essayant de comprendre la question très importante et essentielle que vous posez.

**Mme Collins:** Je présume que la participation des consommateurs serait également nécessaire.

**Dr. Plain:** Oui.

**Mme Collins:** Il pourrait arriver, par exemple en Alberta peut-être, où certaines chirurgies esthétiques qui sont purement optionnelles—on pourrait toujours faire valoir des raisons médicales ou de santé mentale—il pourrait arriver donc que la population en général soit



*[Text]*

board. You could have that situation, I assume, as well as saying that certain services which are not now insured should be insured.

**Dr. Plain:** We get into tubal ligations; we get into eye examinations. We will just get into 10,000 items in part. This is why we cannot settle it here today. But we have to get some type of an institutional framework—if we are getting into this thing, we are going to get into all these issues—and start to look at it and get a grip on it so we have an understanding of what is fair and reasonable in this process. And there is a lot of judgment. It has to be viewed as being fair and reasonable to the consumers, as well as to the professions and the provincial and federal governments.

**Mrs. Collins:** Do you have any evidence from the work you have done as a consumer association of inappropriate over-utilization of health services, either hospital or medical services, in certain areas?

**Dr. Plain:** I have talked to many medical practitioners. Every one has many examples, I am sure. Certainly Dr. Halliday and others may have. But it is always someone else. We always know of a neighbour who was a little dubious about the way they were using those services. When it got to themselves, not really.

Then we get into the widespread debate about who initiated this over-utilization of the service. Was it from the provider or the supply side, the demand side, or both?

It is another area that is very important. If we look at the whole debate between medical associations and the provincial governments over controls of utilization and solutions from restrictions and numbers of practitioners coming in, capping plans, all sorts of issues on it, that is really important. We think consumer input and his looking at what we are doing really needs to go on. There is a lot of common sense resident in the Canadian population, despite any thoughts to the contrary. We should look and identify, and in a fair and reasonable and informed way examine cases.

There have been piecemeal investigations into the double-doctoring and the narcotics areas. Alberta has put in controls in that area, and we have some very interesting disciplinary actions that are about to occur, as well as a number of people who were dependent on Ritalin and Talwin who are going to be needing something else that they are not going to be getting by going to 10 physicians.

**Mr. Best:** If I could add something to your earlier question, which is pertinent to this, we called for some kind of a Canada health council for years. At all times we suggested that at least half the membership should be non-practitioners in the wide sense; that they should be people whose only relationship to the health system was as

*[Translation]*

d'avis que ces services ne devraient pas être automatiquement assurés. Il pourrait arriver également que l'on estime que certains services qui ne sont pas actuellement assurés le soient.

**Dr. Plain:** Il y a les ligatures des trompes; il y a les examens de la vue. Il y a jusqu'à 10,000 services qui ne sont couverts qu'en partie. C'est pourquoi nous ne pouvons régler cette question ici aujourd'hui. Mais nous devons établir un genre de cadre institutionnel—il va falloir que nous nous penchions sur toutes ces questions—et commencer à essayer de comprendre ce qui est juste et raisonnable dans ce processus. Les consommateurs, les professionnels de la santé et les gouvernements provinciaux et fédéral doivent considérer le processus comme étant juste et raisonnable.

**Mme Collins:** D'après le travail que vous avez effectué en tant qu'association des consommateurs, avez-vous constaté une surutilisation indue des services de santé, soit des services médicaux ou hospitaliers, dans certaines régions?

**Dr. Plain:** J'en ai parlé à de nombreux médecins. Ils en ont tous de nombreux exemples, j'en suis certain. Le Dr Halliday et d'autres peuvent peut-être citer des exemples. Mais c'est toujours quelqu'un d'autre. On connaît toujours un voisin qui a certains doutes quant à la façon dont ces services étaient utilisés. Mais quant à eux, ils n'ont réellement rien à se reprocher.

Alors on se lance dans un grand débat pour savoir qui est à l'origine de cette sur-utilisation des services. Faut-il blâmer ceux qui offrent les services ou ceux qui les utilisent, ou les deux?

Il s'agit d'une autre question qui est très importante. Si l'on regarde tout le débat entre les associations médicales et les gouvernements provinciaux au sujet des contrôles de l'utilisation et des solutions, qu'il s'agisse des restrictions sur le nombre des médecins, du plafonnement des plans, etc., c'est vraiment très important. Nous croyons qu'il est nécessaire de consulter les consommateurs. Quoi qu'on puisse en penser, les Canadiens font preuve de beaucoup de sens commun. Nous devrions donc examiner les cas de façon juste, raisonnable et bien renseignée.

Il y a eu des enquêtes ici et là dans le domaine de l'obtention d'ordonnances multiples et des narcotiques. L'Alberta a pris certaines mesures de contrôle dans ce domaine, et certaines mesures disciplinaires très intéressantes seront prises, et un certain nombre de gens qui avaient besoin de Ritalin et de Talwin devront trouver autre chose qu'ils ne pourront obtenir même s'ils allaient voir 10 médecins.

**M. Best:** Si vous me permettez d'ajouter quelque chose en réponse à la question que vous avez posée plus tôt, qui est en rapport avec ce dont nous parlons, nous demandons l'établissement d'un genre de conseil national des soins de santé depuis de nombreuses années. Nous avons toujours laissé entendre qu'au moins la moitié des

[Texte]

consumers—those who consume its services, those whose health is promoted by that system.

**Mrs. Collins:** Since my days of establishing the health disciplines regulations in Ontario many years, I have always been an advocate of including consumer representation. Although I am not a member of the committee, I hope it may indeed go in that direction.

• 1005

**Ms Mitchell:** I am really very interested in what you had to say. I wonder if we could get your ideas on how actually to implement some of the mechanisms you are suggesting. You are proposing the Canada Health Council be half consumers, and then you have suggested there be representatives of the provincial colleges of physicians and surgeons, I believe.

**Dr. Plain:** Well, or however arranged. But certainly one thing is true. Some of the key work done in advocacy and effectiveness has to have the input of professional, scientific medicine on this side; and I do not mean just the clinical side but the friendly neighbourhood epidemiologist and other groups.

**Ms Mitchell:** And this would be a body that is outside of government but would be advisory to government.

**Dr. Plain:** Yes, we are looking at advisory councils.

**Ms Mitchell:** And you are suggesting such a body would set standards for medical services and perhaps advise the minister on lists of required medical services.

**Dr. Plain:** It might advise in the establishment of standards. It could go both ways.

**Ms Jones:** One model might be an advisory council on standards, comparable to that of the Canadian Standards Association, which stands outside government but sets standards; some of them become mandatory, some do not but remain voluntary. I think we do see a very important role for that council in dissemination of this information; and not just to the providers, but to consumers too.

**Ms Mitchell:** We fully support that recommendation, and have for many years, of course.

The other thing I find extremely frustrating now—and I would like to mention this to the chairman too—is trying to get hold of the actual regulations of the Canada Health Act. I do not know why there is such a mystique about this.

[Traduction]

membres devrait être des gens qui ne sont pas des professionnels de la santé dans le sens large du mot; que le seul rapport de ces personnes avec le système des soins de santé devrait être à titre de consommateurs—ceux qui consomment ces services, dont la santé est promue par ce système.

**Mme Collins:** Depuis l'époque où l'on a établi les règlements en matière de santé en Ontario il y a de nombreuses années, j'ai toujours été partisane de la représentation des consommateurs. Bien que je ne sois pas membre du Comité, j'espère qu'il prendra une décision dans ce sens.

**Mme Mitchell:** Ce que vous dites est fort intéressant. Que nous proposez-vous concrètement pour mettre en place certains des mécanismes que vous préconisez? Vous proposez la création d'un conseil national des soins de santé composé pour moitié de consommateurs ainsi que de représentants des Collèges provinciaux des médecins et chirurgiens, si je ne me trompe.

**Dr. Plain:** C'est une simple proposition qui peut être modifiée, mais une chose est certaine: dans toute campagne d'amélioration de l'efficacité et de promotion active, il importe de faire intervenir les chercheurs médicaux ainsi que les médecins, et je n'entends pas simplement par là les cliniciens, mais également l'épidémiologiste de quartier, entre bien d'autres.

**Mme Mitchell:** Ce serait donc là un organisme extérieur au gouvernement, mais qui le servirait à titre consultatif?

**Dr. Plain:** Oui, nous songeons effectivement à des conseils consultatifs.

**Mme Mitchell:** Cet organisme devrait, d'après vous, établir des normes de services médicaux et communiquer, le cas échéant, au ministre des listes de services médicaux nécessaires.

**Dr. Plain:** Cet organisme pourrait conseiller sur l'établissement de normes; il pourrait faire les deux.

**Mme Jones:** Il pourrait éventuellement suivre l'exemple du Conseil canadien des normes qui, tout en étant extérieur au gouvernement, établit des normes dont certaines deviennent obligatoires, d'autres restant facultatives. Ce conseil remplirait un rôle très important à nos yeux, à savoir la diffusion de cette information non seulement aux prestataires de services, mais également aux consommateurs.

**Mme Mitchell:** Il y a fort longtemps que nous appuyons vigoureusement cette recommandation.

J'aimerais attirer l'attention du président sur un autre fait que je trouve extrêmement frustrant, à savoir la difficulté de nous procurer les règlements découlant de la Loi canadienne sur la santé. Je ne vois pas pourquoi on en fait un tel mystère.



[Text]

If those are available, I would like to have them circulated to the committee, Mr. Chairman.

Do you not think the minister has a role. . . and could immediately specify in the regulations that, for example, reproductive health services should be specified as an essential service, that they should be fully insured?

**Ms Jones:** If he were to make that kind of positive statement, I guess the danger would be that the statement might be restrictive.

**Ms Mitchell:** That, I sense in some of the staff I have talked to, is perhaps one of the concerns they have, that if you are more general, it perhaps restricts some services by omission, if you like. On the other hand, coming from British Columbia, I think—

**Ms Jones:** That is right.

**Ms Mitchell:** —we need it to be more specific. I just wondered what you felt should be done with regulations.

**Ms Jones:** B.C. uses it in a contrary fashion.

**Ms Mitchell:** Yes, exactly.

**Ms Jones:** That is one of the problems: whether you want general statements that are open to different interpretations. . . and if there are lots of consultation and goodwill and shared health goals, it is perhaps preferable to go with the open, general statement. But our experience in the last few years has shown that when this terminology is open to different interpretations, it has not been in the interest of the consumer.

**Ms Mitchell:** I think that is something we should really look into.

The other thing is the whole question of sanctions, of course. We know that despite many appeals we have made to him the minister has been extremely reluctant to apply any kind of leadership role when British Columbia refused to pay for abortions, for example, and Alberta for contraception in various forms. Of course the feeling we had was that even if the minister did not want to curtail the financing of the province in a general way, at least they should do the equivalent of the cost of the service the province is refusing to provide coverage for. I wondered if you had any thoughts on the use of sanctions; whether this is something—

**Ms Jones:** Or what about the use of incentives?

**Ms Mitchell:** Well, that is a good point too. How would you see those working?

**Ms Jones:** I suppose it would mean some freeing-up of cost sharing. I am not optimistic that initiative would be taken. But we do know incentives usually work better than penalties.

[Translation]

Si ces règlements existent, je voudrais qu'ils soient distribués aux membres du Comité, monsieur le président.

Ne pensez-vous pas que le ministre a un rôle à jouer. . . c'est ainsi qu'il pourrait immédiatement préciser dans les règlements, par exemple, que les soins génésiques doivent être considérés comme un service essentiel assuré à 100 p. 100.

**Mme Jones:** Si le ministre faisait une déclaration pareille, celle-ci risquerait d'être interprétée de façon restrictive.

**Mme Mitchell:** C'est en effet l'une des réserves qui ont été émises par le personnel médical, à savoir qu'une déclaration trop générale éliminerait par omission certains services. Par ailleurs, comme je viens de la Colombie-Britannique, je crois. . .

**Mme Jones:** C'est exact.

**Mme Mitchell:** . . . que nous devrions être plus spécifiques. J'aimerais connaître votre avis sur ce qu'il convient de faire de ces règlements.

**Mme Jones:** La Colombie-Britannique les prend à rebours.

**Mme Mitchell:** Oui, c'est tout à fait cela.

**Mme Jones:** Vous touchez là à l'une des difficultés, à savoir que des affirmations de principe se prêtent à diverses interprétations. . . Si l'on use abondamment de consultations, si on fait preuve de bonne volonté et si l'on a le même idéal en matière de santé, il vaut peut-être mieux affirmer des principes généraux mais notre expérience des dernières années nous enseigne que ce qui se prête à toutes sortes d'interprétations n'est pas toujours de l'intérêt du consommateur.

**Mme Mitchell:** C'est une question que nous devrions examiner de près.

Enfin reste toute la question des sanctions. Malgré tous les appels que nous lui avons adressés, le ministre s'est montré fort réticent à appliquer une pression quelconque lorsque la Colombie-Britannique a refusé de payer les avortements, par exemple, et l'Alberta, toutes les formes de contrôle de naissance. Nous avons l'impression que même si le ministre se refusait à diminuer, d'une façon générale, les ressources allouées aux provinces, il faudrait tout au moins verser l'équivalent du coût du service que la province refuse d'assumer. Que pensez-vous de l'opportunité de sanctions? Est-ce une chose que. . .

**Mme Jones:** Et pourquoi pas avoir recours à des mesures incitatives?

**Mme Mitchell:** Voilà effectivement une idée intéressante. Sous quelle forme les envisageriez-vous?

**Mme Jones:** Cela supposerait, j'imagine, un déverrouillage du partage des frais, mais je ne pense pas que cette solution ait beaucoup de chance d'être adoptée. Tout ce que nous savons, c'est que la carotte est préférable au bâton.



[Texte]

**Ms Mitchell:** Yes, where there is a political will. But where there is a philosophical difference on the part of individuals in government it is sometimes difficult.

• 1010

**Dr. Plain:** If I might just supplement Jean's remarks. It has turned out in practice of course that the sanctions upheld in the way they have been were quite successful in ending extra billing.

**Ms Mitchell:** Sure, you are right.

**Dr. Plain:** Many of us some years ago were most pessimistic about how effective they really would be, and when the millions were counted they turned out to be most effective.

I cannot for the life of me see why, when we have legislation that says "medically required and medically necessary services," that there is just not some common sense; that there is not something that requires from scientific medicine a statement that the services now are deemed not to be medically required; that they are not effective and they are not efficacious and are struck and will not be put.

What is going on? Why would we have the same tax points allowed, no action, and any numbers of services? What would stop any service from being stripped out? That is the thing that is so unnerving here. Provinces are intelligent and hard working. In general they are not out to do consumers in, but when you add this whole thing up, what is the end of this erosion? I think there must be at least evidence that the service is not medically required. The onus is on the province. If they do not provide that evidence and they de-insure, the penalty is provided. It is not left to us or to this lady and other people to come back. Look at the circus we have had here. They decided they are not insured and then they are. We need an eternal vigilance on every item by millions of consumers to try to keep this thing together. That is not going to work. People are going to lose their confidence in the whole system and the people with respect to the social covenant that we have here that worked well.

**Ms Mitchell:** I would like to move on to another point in regard to health manpower. You were recommending that there be greater use of para professionals and the health care practitioner category that was in the Canada Health Act, I assume, and has not been used. We had quite a discussion on this with some of the nurses last night who say very strongly that not only our medical services are dominated by physicians, which is quite inappropriate, but that the health care system in the community also is really inhibited by the physician control of services.

What are your comments on that? How would you see loosening the system up so that services can be insured

[Traduction]

**Mme Mitchell:** Oui, quand il y a volonté politique, mais les choses ne sont pas aussi simples lorsque ceux qui sont aux leviers de commande s'inspirent de principes différents.

**Dr. Plain:** Puis-je ajouter quelque chose aux observations de Jean? Il s'est avéré, dans la pratique, que les sanctions telles qu'elles ont été appliquées ont été fort efficaces dans le cas de la surfacturation.

**Mme Mitchell:** Vous avez tout à fait raison.

**Dr. Plain:** Il y a quelques années nombreux étaient ceux d'entre nous qui doutaient fort de l'efficacité des sanctions mais quand on a fait le compte des millions, on a été surpris du résultat.

Je ne vois absolument pas pourquoi on n'userait pas de bon sens alors que la loi précise «services médicalement nécessaires». Pourquoi ne pas exiger de la médecine, qui est une science, de déclarer que les services ne sont pas exigés au plan médical, qu'ils ne sont pas efficaces, qu'ils sont superflus et qu'ils ne seront donc pas rendus.

Que se passe-t-il donc? Pourquoi allouer les mêmes points fiscaux et ne pas intervenir et permettre la disparition de services? Qu'est-ce qui s'oppose à ce que l'on supprime tel ou tel service? Voilà ce qui est tellement déconcertant en l'occurrence: ce n'est pas l'intelligence qui manque dans les provinces ni la diligence; ce n'est pas non plus qu'elles veuillent généralement gruger les consommateurs, mais il faut bien s'incliner devant les faits: qui est-ce qui mettra le holà à cette érosion des services? Pour supprimer un service, c'est à la province qu'il devrait incomber de prouver qu'il n'est pas nécessaire au plan médical; à défaut de cette preuve et si le service n'est plus assuré, les sanctions doivent intervenir. Cela ne devrait pas être à nous ou à d'autres de réclamer. Voyez dans quelle pétaudière nous sommes: on a décidé que les services n'étaient pas assurés et ils ne le sont plus. Si des millions de consommateurs ne font pas constamment preuve de vigilance pour conserver les avantages acquis, cela ne marchera jamais. Les gens perdront confiance dans le système et dans le contrat social qui était si satisfaisant.

**Mme Mitchell:** Je voudrais maintenant aborder une autre question à propos des effectifs médicaux. Vous proposiez de faire davantage appel à un personnel paraprofessionnel et à la catégorie de praticiens de la médecine mentionnés dans la Loi canadienne sur la santé, qui a été négligée. Nous avons longuement discuté hier soir avec certaines infirmières qui soutiennent que non seulement les services médicaux sont dominés par les médecins, ce qui est tout à fait inopportun, mais que tout le système d'hygiène communautaire est entravé par le contrôle exercé par les médecins.

Qu'en pensez-vous? Que diriez-vous d'un relâchement du système afin de permettre que soient assurés des

[Text]

that are provided appropriately by para professionals and by community clinics, so there is not such a morass of bureaucracy every time there has to be a referral? In this case it was for home care.

**Ms Jones:** One of our concerns is that there is such limited access to home care. It is all routed through the physician. We really see other health professionals as perhaps being better qualified to do that kind of referral, but we also see other kinds of treatment that could be given.

Certainly the nutritionist could be used far more, and the social worker in grief counselling. Many of the activities take much physician time and yet there are other disciplines that are more expertise in those particular tasks.

**Ms Mitchell:** How do you see getting to the change though—the reform in the structure of services?

**Ms Jones:** Certainly the community health centre with the whole range of facilities available under global budgets is one route that we certainly have not developed very fully. We applaud every extension of that. CAC has supported the concept of community health centres since the concept was fully developed in Dr. Hastings's report back in the early 1970s.

• 1015

There are some encouraging developments in Ontario in the health service organizations that are operating under global budgets and including the services of nurse practitioners and physiotherapists. I have not heard of any occupational therapists yet, but there are certainly social workers.

**The Chairman:** Thank you very much.

**Mr. Reid:** Mr. Plain, is the CAC before us today ringing a bell to the effect that the Canada Health Act is being frustrated, or are you here on an alert basis more or less indicating that certain medical services are being de-insured, and if that precedent were carried through this might result in a greater degree of frustration?

**Dr. Plain:** The answer would be both, and I say it in the sense that it just is not fair. This lady, others like her, and the rest, just are not. . .

**Mr. Reid:** That is what I am coming to. I do not want to deal with isolated instances. I want to get into certain generalities.

**Dr. Plain:** We have enough. They are not isolated.

[Translation]

services fournis, à juste titre, par des paraprofessionnels et par des centres de santé communautaires, afin d'éviter qu'on s'enlise dans la paperasserie chaque fois que le médecin demande le renvoi du patient à un autre service, les soins à domicile en l'occurrence.

**Mme Jones:** Ce qui nous préoccupe justement, c'est que l'accès aux soins à domicile soit si limité et passe entièrement par le médecin. Il y a d'autres catégories de professionnels de la santé qui seraient peut-être mieux en mesure de s'occuper de cette question et nous envisageons également d'autres catégories de traitements qui pourraient être donnés.

C'est ainsi qu'on pourrait bien davantage faire appel aux diététiciens et dans les entretiens personnels en cas de crise, aux assistants sociaux. Le temps du médecin est accaparé par des actes pour lesquels il y a des spécialistes beaucoup mieux préparés.

**Mme Mitchell:** Mais comment nous y prendre pour modifier cela, et accomplir une réforme dans la structure des services?

**Mme Jones:** Il y a une voie que nous n'avons pas explorée à fond, c'est le centre de santé communautaire financé par un budget global et qui dispose de tout un éventail de moyens. Nous voudrions le voir gagner en importance. Depuis que le Dr Hastings, dans son rapport qui remonte au début des années 1970, exposait l'idée de centres de santé communautaires, l'Association des consommateurs du Canada a vigoureusement appuyé ceux-ci.

Une évolution encourageante se dessine dans les organisations de soins médicaux de l'Ontario, qui fonctionnent avec un budget global et comprennent les services d'infirmières diplômées et de physiothérapeutes. À ce jour les ergothérapeutes n'y figurent pas encore à ma connaissance, mais en revanche les travailleurs sociaux y participent certainement.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

**M. Reid:** Monsieur Plain, l'Association des consommateurs du Canada est-elle en train de sonner l'alarme pour nous avertir qu'on abâtardit la Loi canadienne sur la santé, où voulez-vous attirer notre attention sur le fait que certains services médicaux ne sont plus assurés et que si cette tendance s'affirmait, les déceptions ne feraient que se multiplier?

**Dr Plain:** Mon intervention contient effectivement l'un et l'autre avertissement et je m'élève contre cette injustice. Cette dame et d'autres comme elle ne sont simplement pas. . .

**M. Reid:** C'est là où je voulais en venir car je ne veux pas m'attarder sur des cas isolés, mais examiner la question de plus haut.

**Dr Plain:** Il ne s'agit plus de cas isolés et leur nombre suffit à justifier une intervention.



[Texte]

**Mr. Reid:** I take it that the CAC, as you have indicated in your brief, is still supportive of the main issues that brought about the Canada Health Act, and that is opposition to user pay, extra billing, premiums, and so on.

**Dr. Plain:** Right.

**Mr. Reid:** Let me put it to you this way. I come from a community that is in the throes of hospital expansion. The province refuses to pay any more money to provide for that expansion. The hospital board of directors are saying they have to raise money some way and are asking if they can do it through property taxation. The people are up in arms. The hospital facilities are being denied to medical practitioners for medical services of emergency need, let alone selective need, and perhaps non-insurable services. What is your solution? Are you going to say your counsel will tell you what to do? Do you not come before us to provide the answer in making emergency services and insured medical services available to persons in need when they need it?

**Dr. Plain:** As frustrating and as bleak a picture as you paint, sir, all of the alternatives we know of are even bleaker. They would then throw the burden on those with low or modest incomes to try to pay the user fees, to try to carry out the financing and to try to gain access. The answer is that they would not, and those on the other side would. They would not have the problem.

I agree with you. What you are talking about are some of the key problems we are having in some of the regions. Would a number of the hospital services being rendered in that area have what one would view as a reasonable priority? Is the cosmetic surgery going beyond what you define as your emergency services in tying up beds, consuming scarce and other resources, and the other things? They provide a very nice sop in terms of providing hospital insurance coverage, while allowing very extensive out-of-pocket charges by the practitioner in question.

There is a whole set of things, and I do not mean this in too adversarial a sense. There are a number of issues to look at, whether you are trustees of a hospital or consumers in the regions, as to what the trade-offs are in keeping our health burdens in line. If we look at the U.S., in the 1970s we started at about 7.3% and 7.6% of the GNP respectively. We are at about 8.2%; they are at 10.5%. They went for the aged and the indigent being covered by public insurance and left the rest alone. Many things have to be done and focused on, but the alternatives to these things—getting in the user pay and the other sides—have been worse in terms of meeting the social criteria of Canadians.

[Traduction]

**M. Reid:** Je conclus de votre mémoire que l'Association des consommateurs du Canada continue à appuyer les grands principes qui ont débouché sur la Loi canadienne sur la santé, à savoir l'opposition aux frais modérateurs, à la surfacturation, aux primes, etc.

**Dr. Plain:** C'est exact.

**M. Reid:** Permettez-moi de vous présenter la question de la façon suivante: la collectivité que je représente est en train d'agrandir ses hôpitaux, mais la province refuse de contribuer davantage à cette expansion. Le conseil d'administration de l'hôpital affirme qu'il lui faut trouver une façon de se procurer des fonds et demande à le faire par le biais de l'impôt foncier, ce qui a suscité une levée générale de boucliers. On refuse aux médecins l'accès aux installations hospitalières même dans les cas d'urgence et certainement pour les soins qui ne sont pas obligatoires et peut-être même pour ceux qui ne sont pas assurés. Quelle solution préconisez-vous? Allez-vous dire que votre conseiller vous dira que faire? Votre réponse ne sera-t-elle pas de faire fournir les services d'urgence et les services médicaux assurés à ceux qui en ont besoin?

**Dr. Plain:** La situation que vous nous décrivez n'est guère reluisante, monsieur, mais les options de rechange que nous connaissons le sont encore moins. On imposerait alors à ceux qui ont des revenus modestes ou faibles de s'efforcer de payer les frais modérateurs, d'assumer le financement et d'obtenir l'accès aux services. Ce qui en résulterait, c'est que ces personnes n'y parviendraient pas, à la différence des autres qui n'auraient pas le même problème.

Je suis d'accord avec vous et vous évoquez certains des grands problèmes qui se posent dans certaines régions. Certains des services hospitaliers fournis dans cette région bénéficieraient-ils de ce que l'on pourrait considérer comme une priorité raisonnable? La chirurgie esthétique réponderait-elle encore aux conditions posées pour les services d'urgence pour l'occupation de lits d'hôpitaux, la consommation des maigres ressources et autres services? On amadoue les gens avec une assurance-hospitalisation tout en permettant que le médecin pratique, de façon considérable, la surfacturation.

Il y a toutes sortes de questions qui se posent et je ne dis pas cela pour susciter la controverse. Que vous soyez administrateur d'hôpital ou consommateur dans une région, il y a toutes sortes de questions à examiner sur le prix à payer pour maintenir à un niveau raisonnable le coût de la santé. Prenons le cas des États-Unis: dans les années 70, nous consacrons environ 7,3 p. 100 du PNB à la santé, les États-Unis 7,6 p. 100; notre dépense actuelle représenterait 8,2 p. 100 du PNB, la leur 10,5 p. 100. Ils ont assuré la couverture sociale des personnes âgées et des indigents, en ignorant le reste. Il reste beaucoup à faire, mais les autres options, à savoir les frais à imputer aux usagers et autres éventualités, répondent encore moins aux critères sociaux des Canadiens.



[Text]

[Translation]

• 1020

**Mr. Reid:** Does the CAC, then, say there is no room for selective services in the practice of medicine and in the actual activities that take place in a hospital?

**Dr. Plain:** What we have done is to say that we would welcome the opportunity, like everyone else, to look and examine and consider. But I do not personally care for a situation in which an ophthalmologist will allow lens and other operations for \$2,000, will put you in and take care of you in three days, or you can go by the hospital route and wait for a year and a half when you are 78 years of age.

**Mr. Reid:** Then is the CAC's recommendation, which is number one on their list of recommendations, the establishment of an advisory council, going to superimpose on the hospital boards, the medical authorities, and say what shall and what shall not be done? If that is not the case, will the council continue to act on that same advisory basis, or what is the purpose of the council itself?

**Dr. Plain:** The purpose is, across Canada, the bringing together of the professionals, of the consumers, of the group looking at the best ways we can develop to provide a high-quality uniform set of services at least cost.

We talk about the cost effectiveness and the cost utility. We are extremely concerned about losing this system.

**Mr. Reid:** Staff your council and you will get the answer you want.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Plain, and your two colleagues for being with us this morning. The committee has appreciated the testimony you have brought to us and the way you handled the questions we have put to you.

**Dr. Plain:** Thank you very much for your indulgence.

**The Chairman:** The Chair invites the members of the Medical Reform Group of Ontario to come to the table.

The Chair has the name of Dr. Robert James down first on the list. Is Dr. James your spokesman?

**Dr. Robert James (Medical Reform Group of Ontario):** Yes, initially.

**The Chairman:** Dr. James, you have followed what has happened in the past. We will be glad to have you summarize your report if you like, and your two colleagues and you can then handle some questions.

**Dr. James:** That sounds good. My colleague Dr. Rachlis is distributing the executive summary of our brief for the benefit of the committee members.

**M. Reid:** D'après l'Association des consommateurs du Canada, n'y aurait-il donc pas de place, dans la pratique de la médecine et dans les activités hospitalières, pour des services sélectifs?

**Dr. Plain:** Nous voulons simplement nous réserver la possibilité, comme à tout le monde, d'examiner des propositions et d'y réfléchir. Mais ce qui nous attend, je le crains, c'est qu'un ophtalmologue, par exemple, pratiquera sur vous l'intervention du cristallin dans les trois jours et vous facturera 2,000\$ alors que si vous passez par la filière de l'hôpital, vous devrez attendre un an et demi, même si vous êtes âgé de 78 ans.

**M. Reid:** La première des recommandations de votre association n'est-elle pas l'établissement d'un conseil consultatif qui se substituera aux conseils d'administration des hôpitaux et aux autorités médicales pour décider de ce qui doit et ne doit pas être fait? Dans la négative, le conseil continuera-t-il à intervenir à titre consultatif ou bien quelle est sa raison d'être?

**Dr. Plain:** L'objectif est de réunir, dans tout le pays, les professionnels de la santé, les consommateurs et les groupes chargés d'examiner la meilleure façon de fournir, au prix le plus bas, un ensemble uniforme de services de qualité.

Nous sommes préoccupés de l'équilibre coûts-avantages, de la valorisation des coûts. Nous redoutons de perdre ce système.

**M. Reid:** C'est du choix des membres de votre conseil que dépendra la réponse que vous recevrez.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Plain, ainsi que vos deux collègues, d'avoir bien voulu comparaître devant nous. Le Comité vous remercie des témoignages que vous lui avez apportés et de la façon dont vous avez répondu aux questions que nous vous avons posées.

**Dr. Plain:** Merci de votre obligeance.

**Le président:** Le président invite les membres du Groupe de l'Ontario pour la réforme du système des soins de santé à prendre place à la table des témoins.

Le premier nom sur la liste qui nous a été remise est celui du D<sup>r</sup> Robert James. S'agit-il du porte-parole du groupe?

**Dr. Robert James (Groupe de l'Ontario pour la réforme du système des soins de santé):** Oui, pour le moment.

**Le président:** Vous avez suivi nos travaux, docteur James, et vous savez comment ils se déroulent: vous pouvez résumer votre rapport, si vous le voulez, et vous et vos collègues pourrez ensuite répondre à nos questions.

**Dr. James:** Voilà qui me paraît excellent. Mon collègue, le D<sup>r</sup> Rachlis, est en train de distribuer aux membres du Comité le résumé de notre mémoire.

[Texte]

I am a family practitioner and a member of the steering committee of the Medical Reform Group of Ontario. Dr. Rachlis is a Toronto physician and a health policy adviser, and Dr. Kirplani is a neonatologist and a member of the steering committee of the Medical Reform Group of Ontario as well.

We are pleased to have been invited to address the Standing Committee on National Health and Welfare on the funding of the health care system. The MRG, Medical Reform Group, was founded in 1979 and is committed to the following principles:

First, health care is a right and universal access of every person to high-quality appropriate health care must be guaranteed. The health care system must be administered in a manner that precludes any monetary or other deterrent to equal care.

Second, health care is political and social in nature. Health care workers, including physicians, should seek out and recognize the social, economic, occupational, and environmental causes of disease and be directly involved in their eradication.

Third, the institutions of the health care system must be changed. Health care systems should be structured in a manner in which the equally valuable contribution of all health care workers is recognized.

Both the public and the health care worker should have a direct say in resource allocation and in determining the setting in which health care is provided.

Our group has 200 members, most of whom are practising physicians. In the past we have been particularly involved in the struggle to preserve medicare and to eliminate user charges to patients such as extra-billing by physicians. The MRG is not affiliated with any political party.

I would like to draw from our brief and make a few points that come out of that. Initially we wanted to look at some of the issues that are increasing the costs of health care in this country and look at some suggestions towards helping in that respect.

• 1025

First on the list that we wanted to highlight was the issue of AIDS. As a group we are opposed to mandatory testing, which had been suggested by some governments in this country, and we have also taken a position against the use of quarantine for people with AIDS or people with HIV infection.

We have asked, and we would encourage the federal government to encourage as well, that people with AIDS

[Traduction]

Je suis généraliste et membre du comité directeur du Groupe de l'Ontario pour la réforme du système de soins de santé. Le D<sup>r</sup> Rachlis est médecin à Toronto et conseiller pour le régime de soins médicaux et le D<sup>r</sup> Kirplani est spécialiste de néonatalogie ainsi que membre du comité directeur de notre groupe.

Nous sommes heureux d'avoir été invités à comparaître devant le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social pour parler du financement du régime de soins médicaux. Notre groupe a été fondé en 1979 et s'est engagé à défendre les principes suivants:

Premièrement, les soins médicaux constituent un droit et chacun devrait se voir garantir l'accès à des soins de haute qualité. Le régime de soins médicaux doit être administré de façon qu'aucune considération financière ne devrait empêcher une personne de bénéficier des mêmes soins que tous les autres.

En second lieu, les questions touchant à la santé sont étroitement liées aux questions politiques et sociales. Le personnel médical et paramédical devrait s'efforcer de reconnaître les causes sociales, économiques, professionnelles et environnementales de la maladie et participer directement à leur élimination.

En troisième lieu, il convient de changer les institutions du régime de soins médicaux. Les systèmes de soins médicaux devraient être structurés de façon à ce que soit reconnue, sur un plan d'égalité, la contribution de toutes les personnes participant à ces systèmes.

Le public et les professionnels de la santé devraient intervenir directement dans la répartition des ressources et décider de la façon dont les soins médicaux sont dispensés.

Notre groupe compte 200 membres dont la plupart sont des médecins en exercice. Nous nous sommes donnés pour mission, jusqu'ici, de sauvegarder le régime d'assurance-maladie et d'éliminer les frais imposés aux malades, par exemple sous forme de surfacturation par les médecins. Notre groupe n'est affilié à aucun parti politique.

Je voudrais revenir sur certains points contenus dans notre mémoire. Nous avons l'intention, à l'origine, d'examiner certaines des questions qui contribuent à augmenter les coûts des soins de santé dans notre pays et d'étudier certaines propositions qui ont été faites à cet effet.

Nous voulions tout d'abord aborder la question du SIDA. Notre groupe est opposé au test obligatoire de dépistage proposé par certains gouvernements de ce pays et nous sommes également contre la proposition de mettre en quarantaine les gens atteints du SIDA ou ceux qui sont porteurs du VIH.

Nous voudrions demander au gouvernement fédéral d'encourager les sidéens à participer plus directement à la



## [Text]

be more directly involved in the design and research of solutions to the problems of AIDS.

We have suggested that placebo controls on research experiments for drugs around AIDS would not be necessary in all cases and that the drugs developed for AIDS should be compared against existing treatments. This would expedite the development of new drugs and the getting onto the market of new drugs, which might be helpful in lessening the burden and the cost of illness such as AIDS.

More particularly in the area of prevention, we feel that more money should be spent by the federal government, among other governments, on the education around the issues of AIDS.

We commend the Royal Society of Canada and agree with their suggestion that at least \$80 million per year should be spent on an educational process of AIDS, and we also would point out that other western countries, particularly England, have taken a more aggressive and a more direct stand in educating the population about the dangers of AIDS, the possibilities of safe sex, and ways of preventing the spread of the AIDS HIV infection.

The second thing we wanted to highlight was the issue of drugs and pharmaceuticals. We note that there is strong evidence that drug company representatives are the main influences on the prescribing habits of physicians.

We further note the significant amount of illnesses induced by the inappropriate prescribing of prescription drugs and that this causes increased cost and personal suffering.

We therefore recommend that the federal government ban all advertising of prescription drugs since this promotion serves no useful purpose and appears to be harmful to the prescribing practices of some physicians.

MRG also recommends that the federal government work with the provincial ministries of health to implement pilot programs of education for physicians on the use of drugs.

We also wanted to highlight some of the social causes of illness and some of the ways in which they could be dealt with. I think before we do that we should congratulate the government for passing Bills C-51 and C-204, which dealt with tobacco advertising. We feel that will lessen the burden of illness and cost for all of us and make some of our work less necessary, which we appreciate.

We would like to also point out one of the things that has become a cause of concern for us. In 1988 the National Council of Welfare released a report on poverty in this country. One of the statistics in there, which is

## [Translation]

recherche et à la conception de solutions aux problèmes du SIDA.

Nous considérons que les contrôles par placebo des expériences effectuées sur les médicaments pour le SIDA ne s'imposent pas dans tous les cas et préconisons de comparer les nouveaux médicaments contre le SIDA avec ceux qui existent déjà, ce qui hâterait la mise au point de nouveaux médicaments et leur commercialisation et contribuerait peut-être à diminuer la charge et le coût de maladies telles que le SIDA.

En matière de prévention, le gouvernement fédéral, entre autres, pourrait consacrer des ressources plus abondantes à des campagnes d'information sur le SIDA.

Nous rendons hommage à la Société royale du Canada qui a proposé une dépense annuelle d'un minimum de 80 millions de dollars pour l'information sur le SIDA. Nous voudrions également faire remarquer que d'autres pays occidentaux, en particulier la Grande-Bretagne, ont adopté une position beaucoup plus franche et beaucoup plus dynamique pour informer la population des dangers du SIDA, pour recommander l'adoption de mesures de sécurité dans les pratiques sexuelles et pour enrayer la décimation du virus de l'immuno-déficience humaine.

Nous voudrions nous attacher, en second lieu, à la question des médicaments et produits pharmaceutiques. Tout semble indiquer, en effet, que les représentants des laboratoires pharmaceutiques exercent une influence déterminante sur les ordonnances prescrites par les médecins.

Nous constatons par ailleurs qu'un grand nombre de maladies sont causées par la prescription inopportune de médicaments, ce qui alourdit considérablement le coût des soins et engendre des souffrances individuelles.

C'est pourquoi nous recommandons au gouvernement fédéral d'interdire toute publicité sur les médicaments prescrits sur ordonnance, cette publicité, loin d'être utile, nuit aux pratiques de prescription de certains médecins.

Notre groupe recommande également au gouvernement fédéral, en collaboration avec les ministères nationaux de la Santé, de mettre sur pied des programmes pilotes d'éducation des médecins sur l'utilisation des médicaments.

Nous voudrions également mettre en relief certaines des causes sociales des maladies et certains des moyens par lesquels on pourrait y remédier. Auparavant, nous voulons toutefois féliciter le gouvernement de l'adoption des projets de loi C-51 et C-204 qui portent sur la publicité pour le tabac. Ces lois auront pour effet d'alléger le fardeau tant des maladies que des coûts supportés par toute la société. Cela nous décharge d'une partie de notre travail, ce dont nous nous félicitons.

Nous voudrions également mettre l'accent sur l'une des questions qui nous tient à coeur. En 1988, le Conseil national du bien-être social a publié un rapport sur la pauvreté dans notre pays. L'un des chiffres statistiques



[Texte]

alarming, is that as of 1988 roughly one in six children in this country is going to be raised in a situation of poverty.

We see this as a risk for health care in this country. It is clear that there is an increasing risk of prematurity in economically poorer classes in this country and there are also increased risks of health after the child is born.

There is good evidence that the survival rates for cancer patients are less in people who are economically deprived than people who are not. There is good evidence that there is an increasing risk of heart disease, among other diseases, in people who come from lower socio-economic groups.

We would therefore ask the federal government to consider measures to look after this problem of childhood poverty. One of the things that is on the agenda for the federal government is the issue of day care, and we certainly encourage further funding and research in this area.

We would also ask you to look at the health impact of other economic policies. For instance, healthy public policies, as they been advocated by the Hon. Jake Epp, should also be considered with respect to issues of employment or unemployment. We should also look at some of the changes in the types of work that people are doing and the health effects of that.

As practitioners we see many of the health effects of different types of work that are now in the work force.

• 1030

Finally, we would like to emphasize our third recommendation. We note there is evidence from Canada and other countries that the fee-for-service system of payment for physicians is associated with higher costs for care and no proven benefits. We would call on the federal government to institute a program that would encourage provinces to develop community health centres and other facilities that are paid for on a non-fee-for-service basis.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. James.

**Ms Copps:** I am happy to see such a strong representation here from Hamilton today, since Mrs. Jean Jones is from Hamilton, as is Dr. Bob James.

I was reading the French version of your brief, in which you point out the economies that have been developed in Hamilton as a result of the fact that 10% of the population are getting their health services from HSOs or—

**Dr. James:** Yes, there are currently 55 physicians in the Hamilton area who receive funding through health

[Traduction]

mentionnés dans ce rapport est particulièrement alarmant, à savoir qu'en 1988 un enfant sur six grandit, dans notre pays, dans la pauvreté.

Nous voyons là un danger pour la santé: Chez les économiquement faibles, le risque de naissances prématurées est plus élevé et la santé des bébés, dans ces classes, est également plus fragile.

Tout semble indiquer que le taux de survie des malades du cancer est plus élevé dans les classes favorisées que chez les économiquement faibles. Les personnes provenant des groupes sociaux économiques défavorisés sont également plus exposées, entre autres, aux maladies cardiaques.

C'est pourquoi nous demandons au gouvernement fédéral d'envisager des mesures pour remédier aux problèmes de l'enfance nécessitant. L'une des questions à l'ordre du jour du gouvernement fédéral est la garde des enfants et nous sommes certainement en faveur d'une augmentation du financement de celle-ci ainsi que de nouvelles recherches effectuées sur ce terrain.

Nous voudrions également vous demander d'examiner les incidences sur la santé d'autres mesures économiques. Les questions d'emploi ou de chômage devraient également être examinées sous l'angle de la santé, comme l'a recommandé l'honorable Jake Epp, et nous devrions également examiner certains des changements intervenus dans les catégories d'emplois ainsi que leurs incidences sur la santé.

Notre profession nous permet de constater les conséquences, sur la santé, de différentes catégories d'emplois actuels.

Finalement, nous voudrions mettre l'accent sur notre troisième recommandation. Nous soulignons qu'il est bien établi tant au Canada que dans d'autres pays que la rémunération à l'acte des services des médecins est liée à des coûts plus élevés de soins de santé, sans qu'il en découle aucun avantage certain. Nous demandons au gouvernement fédéral d'instituer un programme susceptible d'encourager les provinces à mettre sur pied des centres de santé communautaires et des services analogues qui pratiquent d'autres modalités de rémunération que le paiement à l'acte.

**Le président:** Merci beaucoup docteur James.

**Mme Copps:** Je suis heureuse de voir que Hamilton est si bien représentée aujourd'hui, étant donné que M<sup>me</sup> Jean Jones et le docteur Bob James viennent de cette ville.

Je lisais la version française de votre mémoire où vous signalez les économies qui ont été réalisées à Hamilton parce que 10 p. 100 de la population obtient ses services de santé d'OSS ou. . .

**Dr James:** Oui, 55 médecins de la région de Hamilton travaillent actuellement au sein d'organisations de services

## [Text]

service organizations. These include a couple of family practice units in the area. Roughly, it is estimated that 10% of the population of the Hamilton region—that includes Burlington, Ancaster, and Dundas—receive their health care through health service organizations. Completely aside from other savings in the health care costs, it appears this may be saving the government \$4.5 million in hospitalization costs. The way that is figured. . . the Ministry of Health in Ontario gave me the figure for the average return to the physician of money that is saved from hospitalization, which is one of the things the HSO program does.

**Ms Copps:** You mentioned also the issue of children living in poverty. You may know this committee wanted to focus specifically on that, but it was decided to look at overall health care. This was a suggestion that came from another group, and I wonder what you think of it. Given the relationship between economic strata and premature births and the difficulties in health care costs associated with premature births, it was suggested—and I believe the experience came from England—that one of the ideas for this committee might be to recommend to the government to make—little though it might be—the so-called baby bonus available on conception rather than on birth, based on access to the system. In other words, once you have had confirmation of pregnancy from a physician, you would immediately be eligible for a continuing baby bonus, the idea being that if you get into the system, there is no force on you from then on, but once you get into the system, you tend to carry on with pre-natal visits and that kind of thing. I wonder what you think of that idea.

**Dr. Haresh Kirplani (Medical Reform Group of Ontario):** I have experience with that system in Britain. Certainly that has been very helpful in enrolling the very sector of the population that is most at risk for both premature delivery and some of the consequences thereof. I would endorse such a system. I think that is one of the hallmarks of prevention, as opposed to curing.

If I could elaborate a bit on that aspect of things, it is quite clear there is a complex interaction between social environment and premature delivery. Nobody would say you would be able to eliminate all instances of prematurity by interventions such as early antenatal screening and antenatal visits, better food, better nutrition. However, the experience of Scandinavia certainly would indicate that you can certainly dramatically reduce that burden of illness. Then you are left with a finite biological problem; but the vast majority of the problem has been dealt with. So I would endorse that.

**Ms Copps:** I was rather shocked when. . . ranging from. . . I think they did a study in Kenora—Rainy River, where neonatal mortality rates were something like “4000%”, on average, because of the difficulties facing the native population: which is, again, a real tragedy.

**Dr. Kirplani:** Right.

## [Translation]

de santé. Elles comprennent notamment deux cliniques de médecine de famille dans la région. On estime qu'environ 10 p. 100 de la population de la région de Hamilton—qui comprend Burlington, Ancaster et Dundas—reçoivent leurs soins de santé d'organisations de services de santé. Il semble que cela permette au gouvernement d'économiser 4,5 millions en frais d'hospitalisation en plus d'autres économies réalisées au niveau des frais de santé. Le ministère de la Santé de l'Ontario arrive à ce chiffre en calculant le montant remis en moyenne aux médecins en fonction des frais d'hospitalisation évités, une chose que fait ce programme.

**Mme Copps:** Vous parlez aussi de l'enfance nécessiteuse. Vous savez peut-être que notre Comité souhaitait s'attarder plus précisément à cette question, mais qu'il a finalement décidé de se pencher sur les soins de santé dans leur ensemble. Je vous soumetts la suggestion que nous a faite un autre groupe et vous demande ce que vous en pensez. Étant donné le lien entre les moyens pécuniaires et les naissances prématurées et l'impact de ces naissances sur le budget de la santé, on a suggéré au Comité, en se fondant sur une expérience réalisée en Angleterre, de recommander au gouvernement de commencer à verser les allocations familiales au moment de la conception plutôt que de la naissance. Autrement dit, toute femme dont la grossesse est confirmée par un médecin aurait immédiatement droit aux allocations familiales étant donné qu'une fois entrée dans le système, cette personne aura plus tendance à continuer ses visites prénatales, et cetera. Que pensez-vous de cette idée?

**Dr Haresh Kirplani (Groupe de l'Ontario pour la réforme du système de soins de santé):** Je connais ce système tel qu'il existe en Grande-Bretagne. Il a certainement contribué à rejoindre le secteur de la population où les naissances prématurées sont les plus fréquentes. C'est la marque d'un système préventif plutôt que curatif.

Si vous me permettez d'ajouter quelque chose là-dessus, il est évident qu'il existe un rapport complexe entre le milieu social et l'accouchement prématuré. Personne ne maintiendrait que l'on pourrait éviter tout accouchement prématuré grâce à des interventions comme un dépistage anténatal au tout début de la grossesse, des visites prénatales, une meilleure alimentation, et cetera. Toutefois, l'expérience de la Scandinavie prouve que l'on peut certainement en réduire considérablement l'impact. Le problème biologique lui-même demeure, mais la grande majorité des conséquences ont été éliminées. Je serais donc d'accord avec cela.

**Mme Copps:** J'ai été très frappée qu'une étude menée dans Kenora—Rainy River ait révélé que les taux de mortalité néonatale y atteignaient «4,000 p. 100» en moyenne à cause des mauvaises conditions de vie de la population autochtone. C'est une vraie tragédie.

**Dr Kirplani:** Exactement.



[Texte]

**Ms Copps:** But Canada per se does not fare very well in neonatal statistics in relation to what you would think for a rich country like ours. We are pretty pathetic.

**Dr. Kirplani:** You are absolutely right. Once the premature infant is born, the rates of survival thereafter fare very favourably, in fact, with any of the western European nations you would care to mention.

• 1035

Having said that, the incidence of prematurity is higher, and that is exactly the point you are making about the interaction of a wider framework of well-being for the population.

**Ms Copps:** One of the dreams of the Medical Reform Group of Ontario over the last number of years has been an equal division of responsibilities among various health professionals. How do you achieve that?

**Dr. James:** I think the Province of Ontario has made some progress by looking at their task force on midwifery, for instance, and in looking at the implementation of a midwife program. Unfortunately, they have also taken a step backwards by cutting some of the funding—at McMaster, for instance—on midwife programs, and they previously have taken steps backwards by cutting out the nurse practitioner program, also at McMaster. But some steps have been taken around that in certain provinces.

**Ms Copps:** On the nurse practitioner program—and this gets a little specific—again were the problems not...? We did not have a chance to go back to the comments made by the Consumers' Association of Canada, but I have some concerns if you say, for example, that the doctor will decide what is a medically insured or medically de-insured service. Obviously, if ophthalmologists in Alberta want de-insurance, they may not always be the best...

But did not the nurse practitioner program at McMaster fail because of insurance exigencies and the reluctance of...? Were they not supposed to be working in concert with family practice but nobody wanted to take them on? This whole interrelationship creates a bit of a problem if you do not get the gatekeeper onside.

**Dr. Michael Rachlis (Medical Reform Group of Ontario):** I think there were a number of different reasons. One of them was that the Ontario Health Insurance Plan decided not to cover services provided by a nurse practitioner unless the physician basically duplicated the service that was provided. I do not want to speak for them certainly, but I think some nurses' groups believe that special training for nurse practitioners may no longer be necessary if all nurses go through with the baccalaureate program.

So it is not simply opposition from the medical profession that has led to the demise of those programs;

[Traduction]

**Mme Copps:** Mais le Canada en tant que tel n'a pas une très bonne performance à ce titre par rapport à ce que l'on pourrait s'attendre d'un pays riche comme le nôtre. La situation fait pitié.

**Dr Kirplani:** Vous avez tout à fait raison. Une fois que l'enfant prématuré est né, le taux de survie par la suite se compare très favorablement à tout pays de l'Europe de l'Ouest auquel on puisse songer.

Cela dit, la proportion de prématurés est plus élevée et c'est justement ce qui demande la prise de mesures dans un cadre beaucoup plus large pour le bien-être de la population.

**Mme Copps:** Un des rêves du Groupe de l'Ontario pour la réforme du système de soins de santé au cours des dernières années a été un partage égal des responsabilités entre les différents professionnels de la santé. Comment pourrait-on y arriver?

**Dr James:** Je pense que la province de l'Ontario a fait certains progrès en ce sens avec son groupe d'étude sur les sages-femmes, par exemple, et en envisageant la mise sur pied d'un programme de formation. Malheureusement, elle a aussi fait un pas en arrière en réduisant le financement des programmes de sages-femmes—à McMaster par exemple—et en y supprimant aussi le programme d'infirmières praticiennes. Mais certaines mesures ont été prises en ce sens dans quelques provinces.

**Mme Copps:** Pour ce qui est du programme des infirmières praticiennes, le problème n'était-il pas que...? Nous n'avons pas eu l'occasion de revenir aux observations de l'Association des consommateurs du Canada, mais j'ai certaines inquiétudes si c'est le médecin qui décide quels services seront assurés ou non. Si les ophtalmologistes de l'Alberta souhaitent se retirer du régime d'assurance-maladie, ils ne seront évidemment pas les meilleurs...

Mais le programme des infirmières praticiennes à MacMaster n'a-t-il pas échoué parce que ces infirmières devaient travailler de concert avec les cliniques de médecine familiale et que personne n'en voulait? L'interdépendance de ces services pose un problème si on n'obtient pas la collaboration de tout le monde.

**Dr Michael Rachlis (Groupe de l'Ontario pour la réforme du système de soins de santé):** Je pense qu'il a échoué pour différentes raisons. D'une part, le régime d'assurance-maladie de l'Ontario a décidé de ne pas rembourser les services offerts par une infirmière praticienne à moins que le médecin ne fasse double emploi en offrant exactement le même service. Je ne veux pas parler en leur nom, mais je pense que certains groupes d'infirmières estiment qu'il peut ne plus être nécessaire d'offrir une formation spéciale à ces infirmières praticiennes si toutes les infirmières obtiennent un diplôme du baccalauréat.

L'abandon de ces programmes ne découle donc pas uniquement de l'opposition de la profession médicale;



[Text]

but, perhaps more importantly, there is not the opportunity that there should be across this country for nurses to perform at the full level they are capable of performing at, particularly in primary care, and until those opportunities are available it is a moot point whether or not we have the right number of training programs.

**Ms Copps:** You also make an interesting point about—and I had not really thought about it—your analyses on the cost of the aging population. It is something that surprised me, because you say that it will cause an added burden to the system of 1% of GNP per year.

Is that because the per capita cost of maintaining somebody at a level of chronic care is so much less than somebody who is in for triple bypasses and so on? If you look at the numbers, you assume that there is going to be a tremendous bulge of costs.

**Dr. Rachlis:** Those figures came from a paper by Morris Barer and Bob Evans and some other people that was published last year in a scientific journal. I believe if your committee has not already heard from those people then you will be hearing from them at some point: Morris Barer, Bob Evans, Jonathan Lomas. Those were some of the authors of the paper.

**Ms Copps:** Are we hearing from them?

**The Chairman:** We have Mr. Evans on our list.

**Dr. Rachlis:** So he can elaborate on it further; but, in brief, the analysis they used was to take the costs for Canadians at each age/sex-specific level and then to take the population projection as best we can estimate for 40 years from now and take the existing costs per age/sex cell and transpose that onto the age distribution of the population 40 years from now. When that is done, the effect due to age alone is only 1% per year, which is well within the capacity of the growing economy to generate.

The problem is that the age/sex-specific utilization rates of health services are not staying the same, and that is flagged in that article, that they are going up very fast for everyone. Even young, healthy people are seeing doctors far more frequently now than they did 20 years ago. The age/sex-specific utilization rates are going up faster for the elderly than for young people.

• 1040

The question we flag in our presentation, as they flagged it in their paper, was whether this is because people are getting services that are actually making them healthier or because they are getting services where the benefit to their health is dubious. We can find examples of both kinds of services. What we are not sure of is whether in net we are getting the best bang for our buck; which is one of the reasons why we suggested the government investigate a technology assessment council.

[Translation]

mais, ce qui est peut-être plus important, dans notre pays, les infirmières n'ont pas l'occasion comme elles le devraient de fonctionner au niveau où elles sont capables, surtout dans les soins primaires, et tant que ces débouchés n'existeront pas il ne sert à rien de se demander si un nombre suffisant de programmes de formation existent.

**Mme Copps:** Vous analysez aussi de façon intéressante le coût du vieillissement de la population. J'ai été assez étonnée que vous disiez que cela entraînera un fardeau supplémentaire du PNB par année.

Est-ce que parce que le coût par habitant des soins chroniques est tellement inférieur que le coût des services comme les pontages, etc.? Les chiffres donnent l'impression que les coûts vont grimper.

**Dr. Rachlis:** Ces chiffres viennent d'un document préparé par Morris Barer, Bob Evans et d'autres qui a été publié l'an dernier dans une revue scientifique. Si vous ne les avez pas déjà entendues, je suppose que vous entendrez ces personnes à un moment donné. Certains des auteurs du documents étaient Morris Barer, Bob Evans et Jonathan Lomas.

**Mme Copps:** Allons-nous les entendre?

**Le président:** Nous avons le nom de M. Evans, sur notre liste.

**Dr. Rachlis:** Il pourra donc vous donner plus de détails; mais, en résumé, ils se sont servis des coûts des services offerts aux Canadiens pour chaque catégorie d'âge/sexe et les ont appliqués aux meilleures prévisions démographiques que nous ayons pour les 40 prochaines années. On constate alors que l'augmentation pouvant être attribuée à l'âge seulement ne s'élève qu'à 1 p. 100 par année, ce que l'économie est tout à fait capable d'absorber.

Le problème est que les taux d'utilisation des services de santé par catégorie d'âge/sexe ne demeure pas constant, et c'est ce qu'on signale dans cet article, ils augmentent très rapidement pour tout le monde. Même des jeunes en santé vont voir leur médecin beaucoup plus fréquemment maintenant qu'il y a 20 ans. Les taux d'utilisation augmentent plus rapidement pour les personnes âgées que pour les jeunes.

Dans notre mémoire nous nous demandons, comme eux l'ont fait dans leur article, si cet état de choses signifie que la population obtient des services qui améliorent sa santé ou plutôt des services dont l'efficacité peut être mise en doute. Nous pouvons trouver des exemples des deux genres de services. Toutefois, nous ne pouvons pas dire encore si nous avons en fin de compte le meilleur système possible; et c'est pourquoi nous suggérons au gouvernement d'envisager la mise sur pied d'un conseil d'évaluation.

[Texte]

**Ms Mitchell:** I would like to make a couple of comments, first particularly on your concern about the funding for AIDS. I think it is absolutely appalling that we have a low budget to start with and we cannot even get the money that is budgeted—a decision of Cabinet. I know in Vancouver I have been in close contact with the AIDS task force there and they seem to feel it would be particularly useful if those cities where there is a high concentration of AIDS had federal funding decentralized through a metropolitan multi-service approach that provided education, treatment, and certainly access to the drugs that are somewhat helpful.

I also wanted to comment that we did feel child poverty was a very top priority, but unfortunately we have not been able to make that a priority of this committee.

My main question will be on the whole question of community health clinics. A comment was made by Dr. Halliday last night that he felt, if I am not quoting him incorrectly, that health clinics were not successful, or at least not as successful as we would like. I would like you to comment on that.

Also, would you comment on the whole question of fee-for-service payment? In B.C. health clinics still have to have a fee for service in their local community clinics. I think it is both very costly and also very inhibiting in how they serve people and whom they serve and so on.

**Dr. James:** I think there are a couple of ways to look at this. First of all, I have worked in a community health clinic and I am currently in private practice. I think the community health clinics that exist in Ontario and Quebec—the one I worked in was in Quebec—are largely situated in areas where there is a poorer and more transient clientele. I think in that sense they are as successful as anybody could be in that area. But they are not as successful as, for instance, my current private practice, which is in a more stable neighbourhood in a southern Ontario city. I think that is one way of looking at and addressing that issue.

The other way is to look at and compare the archetypal community clinic in Ontario, and that is the Sault Ste. Marie clinic, which in fact consistently is cheaper than an equivalent practice in the same city. Just in terms of costs—and I am not looking at effectiveness, I realize, because it is hard to measure that, but in terms of costs—the community health centres generally provide good service for a significantly decreased cost.

**Dr. Rachlis:** I think in Canada we do not have research on anything more than costs, but the studies of the Sault Ste. Marie clinic and the two clinics in Saskatchewan that we mention in our paper are indisputable evidence that the care provided is less expensive overall; and there is no reason to question the quality. We also mentioned in our brief, as no doubt will be mentioned in other briefs you will receive, that a study in the United States where patients were randomly allocated to fee-for-service or non-fee-for-service practice showed that the costs were decreased by 25% in the non-fee-for-service practice, with

[Traduction]

**Mme Mitchell:** J'aimerais faire quelques observations, premièrement au sujet de ce que vous dites sur les fonds consacrés au SIDA. Je n'en reviens pas que le budget soit si peu élevé et que nous ne parvenions même pas à obtenir les crédits qui y ont déjà été affectés par le Cabinet. J'ai été en contact étroit avec le groupe d'étude du SIDA de Vancouver. Ses représentants m'ont dit qu'il serait très utile dans les villes à concentration élevée de victimes du SIDA, que les fonds fédéraux soient décentralisés au niveau d'une organisation métropolitaine polyvalente qui offrirait des services d'éducation, de traitement et permettrait d'avoir accès aux médicaments qui peuvent être utiles.

Je voudrais aussi signaler que pour nous aussi l'enfance nécessiteuse est une priorité, mais que malheureusement nous n'avons pu en faire une priorité de ce Comité.

Ma question portera sur les cliniques communautaires. Hier soir, le Dr Halliday a dit qu'à son avis, sauf erreur, ces cliniques n'étaient pas aussi efficaces qu'on le voudrait. J'aimerais connaître vos observations là-dessus.

Deuxièmement, pourriez-vous nous parler de la rémunération à l'acte? Les cliniques communautaires locales de la Colombie-Britannique doivent encore appliquer la rémunération à l'acte. Je pense que c'est très coûteux et que cela nuit à la prestation des services.

**Dr James:** Il y a différentes façons d'aborder la question. Premièrement, j'ai travaillé dans une clinique communautaire et j'ai maintenant un cabinet privé. De façon générale, les cliniques communautaires qui existent en Ontario et au Québec—celle où j'ai travaillé se trouvait au Québec—sont situées dans des secteurs où la clientèle est plus pauvre et de passage. Dans ce sens, elles sont tout aussi efficaces que serait n'importe quel autre service dans ce genre de secteurs. Mais elles n'ont pas autant de succès que mon cabinet privé, par exemple, situé dans un quartier plus stable d'une ville du sud de l'Ontario. C'est une façon d'envisager la question.

D'autre part, si on compare la clinique communautaire type en Ontario, celle de Sault Ste. Marie, elle coûte beaucoup moins cher qu'un cabinet offrant des services équivalents dans la même ville. Pour ce qui est des coûts seulement—et je ne parle pas d'efficacité, parce que c'est difficile à mesurer—les centres médicaux communautaires offrent de façon générale de bons services à un coût très inférieur.

**Dr Rachlis:** Au Canada, les recherches ne portent que sur les coûts, mais les études portant sur la clinique de Sault Ste. Marie et sur les deux cliniques de la Saskatchewan que nous mentionnons dans notre mémoire, prouvent de façon indiscutable que les soins offerts coûtent moins cher dans l'ensemble; et il n'y a aucune raison de douter de leur qualité. Nous parlons aussi dans notre mémoire, comme le mentionneront sans aucun doute d'autres mémoires, d'une étude menée aux États-Unis où des patients avaient été répartis de façon aléatoire entre des cliniques pratiquant la rémunération à



## [Text]

a 40% reduction in hospitalization, in a community that already has a hospitalization rate 20% less than in Canada, I should add; and the quality of care delivered and the health status of the two populations were the same, overall. So I think the scientific evidence is clear that non-fee-for-service methods of remuneration provide cheaper care, and there is no reason to question the quality of care provided.

• 1045

**Ms Mitchell:** What about the role of the physician? I am interested in your comparing the experience in private practice as compared with working in a clinic. I guess one difference may be the question of physicians being on salary, although they are not always on salary in clinics either. But the other is, would you not find it quite beneficial to have a whole range of services available, and would your patients in particular not find that an advantage that you do not have in private practice?

**Dr. James:** I think they would. In the clinic that I worked in, as well as physicians there was a nutritionist, there were social workers and there were nurse practitioners, and many of the patients in fact, because we were on global budgeting, did not need to see me. Although they were "my patients", they would come in to see their nurse practitioner or their social worker or whatever and that was covered under the general rubric of the global budget.

Currently, under fee-for-service in Ontario, I cannot bill for that, so there is no way for a social worker to work in my office unless the patient pays that social worker. So it is an additional cost to the patient and is no saving or benefit to me particularly. Consequently, I do not have a social worker in my practice. I would like to have one. If I become an HSO, then I could have one; it is allowable under that system. But under fee-for-service, it is not.

I agree with you that I think those services would be beneficial to my patients and I think would be cost effective. I cannot prove that, but I believe they would be. Under the current system of financing, it is not possible.

**Ms Mitchell:** In a community clinic, for those ancillary services or para professional-type services, how does the insurance plan cover that? We hear there should be a move for medical practitioners' services to be insured directly and I am not quite clear how it works in a health centre usually.

**Dr. Rachlis:** It varies from province to province. The funding for community health centres varies from province to province and, as you mentioned, I believe at least one clinic, the Reach clinic in Vancouver, is funded on fee-for-service, whereas the James Bay Community

## [Translation]

l'acte et d'autres ne la pratiquant pas et qui a montré que les coûts étaient réduits de 25 p. 100 et l'hospitalisation de 40 p. 100, lorsque les services n'étaient pas rémunérés à l'acte dans une collectivité où le taux d'hospitalisation était déjà de 20 p. 100 inférieur à celui du Canada. De façon générale, la qualité des soins offerts et l'état de santé des deux populations étaient les mêmes. À mon avis, il est donc prouvé scientifiquement que les services non rémunérés à l'acte sont moins coûteux, et que rien ne nous porte à mettre en doute la qualité des soins ainsi offerts.

**Mme Mitchell:** Qu'en est-il du rôle du médecin? Votre comparaison du cabinet privé au travail dans une clinique m'intéresse. Je suppose qu'une différence est que les médecins sont salariés, bien que ce ne soit pas toujours le cas. Mais d'autre part, tous les services disponibles en clinique ne sont-ils pas un avantage que vous ne pouvez pas offrir à vos patients dans un cabinet privé?

**Dr. James:** En effet. Dans la clinique où je travaillais, en plus des médecins, il y avait un diététicien, des travailleurs sociaux et des infirmières de première ligne de sorte que bon nombre des patients n'avaient pas besoin de me voir parce que nous avions un budget global. Même s'il s'agissait de mes patients, ils venaient voir l'infirmière de première ligne ou le travailleur social ou tout autre membre du personnel rémunéré à partir de ce budget global.

À l'heure actuelle, sous le régime de rémunération à l'acte en Ontario, je ne peux pas facturer ce genre de services de sorte qu'il est impossible qu'un travailleur social travaille dans mon bureau à moins que le patient ne défraye ses services. Cela représenterait donc des frais supplémentaires pour le patient et aucun avantage particulier pour moi. Par conséquent, je n'ai pas de travailleur social dans mon cabinet. J'aimerais en avoir un. Si je me constitue en OSS, je pourrais alors en avoir un, c'est admissible. Mais cela ne l'est pas dans le cas de la rémunération à l'acte.

Je conviens avec vous que ces services seraient avantageux pour mes patients et aussi rentables. Je ne peux pas le prouver, mais c'est mon avis. Dans le système de financement actuel, c'est impossible.

**Mme Mitchell:** Comment ces services paramédicaux sont-ils couverts par le régime d'assurance dans une clinique communautaire? On nous dit que les services de médecin devraient être assurés directement et je ne vois pas exactement comment cela fonctionne d'habitude dans un centre médical.

**Dr. Rachlis:** Le financement des centres médicaux communautaires varie d'une province à l'autre et, comme vous l'avez mentionné, au moins une clinique, la clinique Reach à Vancouver, est assujettie à la rémunération à l'acte alors que la James Bay Community Clinic a un



[Texte]

Clinic has a global budget, I believe. So even in one province you can have different mechanisms of payment. Then even though there are, including the CLSCs in Quebec, well over 200 community health centres in this country now, there is really no uniformity so there are a lot of differences. But I would say that what they have in common is that by and large they receive their payments not on a fee-for-service basis and by and large they have much better use of non-physician health personnel.

**Ms Mitchell:** Have you any suggestions, as a reform group, as to how we can get greater movement and greater apportioning of funding toward the community health services, particularly the centres?

**Dr. Rachlis:** I would say that some provinces are making moves in those directions, but I think most provinces seem preoccupied not with what comes out of the health care system, namely health, but what goes into it, which they look at as dollars. So they are not thinking in terms of innovations which may in the long run reduce costs and produce better health status, they are simply thinking of ways of controlling costs. This means they are focusing on holding the line on physician and hospital costs.

That is why one of our recommendations has been... to a certain extent the federal government got us where we are by offering 50:50 dollars for hospitals, first of all providing funds to build hospitals, then providing 50:50 funds for hospital care and then 50:50 funds for doctor services. So to a certain extent the federal government got us to where we are, and maybe the federal government should consider it has a responsibility therefore to move us in the next direction, which is why we have suggested that they provide incentives to provinces to develop non-fee-for-service models of care.

**Ms Mitchell:** Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Mitchell. I have one minute on Ms Mitchell's time. She did not ask you, if it is not too personal, why you moved from a health centre practice to a private practice.

**Dr. James:** Sure, I would be happy to answer that. It was not because of the system of financing, primarily. It was because my previous practice was in Montreal and I am a family practitioner. It is very difficult to be a good family practitioner in a city like Montreal, which is much more geared to specialized care. I prefer the smaller town situation which I am currently in. It allows me to do what I am trained for.

**An hon. member:** The Village of Hamilton?

**Mr. Duguay:** I always thought it was a small town.

**Dr. James:** I am in Dundas, actually, which is a small town, much more akin to, I guess, Owen Sound. I can be much more of a complete general practitioner there than I could have been in Montreal.

[Traduction]

budget global, je crois. Donc, même dans une province, on peut avoir des mécanismes de rémunération différents. Par conséquent, bien que notre pays compte plus de 200 centres médicaux communautaires à l'heure actuelle, y compris les CLSC du Québec, il n'existe aucune uniformité. Mais je dirais que de façon générale, les services dispensés par ces cliniques ne sont pas rémunérés à l'acte et qu'elles utilisent beaucoup mieux les professionnels de la santé autres que les médecins.

**Mme Mitchell:** En tant que groupe de réforme, avez-vous des suggestions à faire quant à la façon d'orienter le financement vers les services médicaux communautaires, surtout les centres?

**Dr. Rachlis:** Je dirais que certaines provinces s'orientent dans ce sens, mais elles semblent se préoccuper pour la plupart non pas du produit du système, à savoir la santé, mais de ce qui y entre, c'est-à-dire les dollars. Elles ne s'intéressent donc pas aux innovations qui pourraient réduire à long terme les coûts et améliorer la santé de la population, elles s'inquiètent uniquement de contrôler les coûts. Elles cherchent donc surtout à freiner l'accroissement des coûts attribuables aux médecins et aux hôpitaux.

Et dans une certaine mesure, c'est le gouvernement fédéral qui nous a menés là où nous sommes en offrant un partage par moitié pour les soins hospitaliers et ensuite pour les services des médecins. Il devrait donc peut-être se sentir responsable de la réorientation du système, et c'est pourquoi nous proposons qu'il encourage les provinces à élaborer des modèles non fondés sur la rémunération à l'acte.

**Mme Mitchell:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Mitchell. Il me reste une minute sur le temps de M<sup>me</sup> Mitchell. Elle ne vous a pas posé la question, mais si ce n'est pas trop personnel, pourquoi avez-vous quitté un centre communautaire pour ouvrir un cabinet privé.

**Dr. James:** Certes, je répondrai volontiers. Ce n'était pas surtout à cause du mode de financement, mais parce que j'étais auparavant à Montréal et que je suis omnipraticien. Il est très difficile d'être un bon médecin de famille dans une ville comme Montréal beaucoup plus orientée vers les soins spécialisés. Je préfère l'environnement de la petite ville où je me trouve maintenant. Cela me permet de faire ce pour quoi j'ai été formé.

**Une voix:** Le village d'Hamilton?

**M. Duguay:** J'ai toujours pensé que c'était une petite ville.

**Dr. James:** En fait, je me trouve à Dundas, une petite ville qui ressemble plus à Owen Sound. Je peux y être un omnipraticien beaucoup plus complet que j'aurais pu être à Montréal.

[Text]

**The Chairman:** Thank you very much.

• 1050

**Mr. Duguay:** I just wanted to ask a number of questions about costs and things. First of all, though, let me tell you that there is very little disagreement with the comments you have made about AIDS and child poverty. Those are things we accept. The only time we and the people on the other side ever disagree is about strategies: how much money we should spend and how fast, and where we are going to get that money. However, there is no disagreement in principle.

The second question I wanted to ask has to do with your comment that the United States could save \$29 billion if it adopted a Canadian model of health insurance. Where is that money going? Who would lose it?

**Dr. Rachlis:** We did supply the reference in that paper, I believe.

**Mr. Duguay:** Okay, I would be glad to look it up, if the answer is in there.

**Dr. Rachlis:** First, most of those increased costs as associated with hospital administration and accounting. Second, increasingly the employers who pay the health insurance costs of their workers are employing accountants to go over bills as well as physicians and nurses to audit the quality of care provided. You are therefore having a tremendous amount of extra management and accounting costs built into every place within the system.

**Mr. Duguay:** I saw an article yesterday that indicated there was a big argument about whether a certain procedure required six days of hospitalization or four days.

You are all medical doctors and I am assuming you all work on fee for service.

**Dr. Kirplani:** Not myself.

**Mr. Duguay:** Are you in a clinic?

**Dr. Kirplani:** I am salaried, academic staff.

**Mr. Duguay:** Okay. You have said that when you have community clinics the care is cheaper, less expensive, and in your estimation the quality is just as good. Could you explain to me how it gets to be cheaper? I am interested in trying to pursue a point about physicians and fee for service. Would they be the ones losing out if they went to a community clinic?

**Dr. James:** I think there are a number of ways it could be cheaper. I think it is unrealistic to expect physicians to be altogether altruistic in terms of the way in which they bill. I do not think physicians bring in patients unnecessarily, but I believe some of the things, which under the current fee-for-service system I must do myself because that is the only way I get paid for it, I could farm

[Translation]

**Le président:** Merci beaucoup.

**M. Duguay:** Je voulais seulement poser quelques questions sur les coûts, etc. Mais tout d'abord, permettez-moi de vous dire que personne ne disconvient de ce que vous dites du SIDA et de l'enfance nécessiteuse. Nous admettons que la situation existe. Le seul moment où nous ne soyons pas d'accord avec les gens de l'autre côté, c'est quand on parle de stratégies: combien d'argent nous devrions dépenser, à quel rythme, et où trouver cet argent. Mais il n'y a pas de désaccord sur le principe.

Deuxièmement, vous dites que les États-Unis pourraient économiser 29 milliards de dollars en adoptant un régime d'assurance-maladie comparable au modèle canadien. Où va cet argent? Qui devrait s'en passer?

**Dr. Rachlis:** Je pense que nous donnons la référence nécessaire dans notre mémoire.

**M. Duguay:** Très bien, je vérifierai volontiers, si la réponse s'y trouve.

**Dr. Rachlis:** Premièrement, la plupart de ces coûts excédentaires sont imputables à l'administration hospitalière et à la comptabilité. Deuxièmement, les employeurs qui assument les primes d'assurance-maladie de leurs employés ont de plus en plus recours à des comptables pour vérifier les factures ainsi qu'à des médecins et des infirmières pour vérifier la qualité des soins fournis. Il y a donc toutes sortes de frais de gestion et de comptabilité qui viennent s'ajouter à tous les niveaux.

**M. Duguay:** J'ai lu un article hier où l'on disait qu'il y avait tout un débat sur le temps d'hospitalisation nécessaire pour une opération donnée, six ou quatre jours.

Vous êtes tous médecins et je suppose que vous êtes tous rémunérés à l'acte.

**Dr. Kirplani:** Sauf moi.

**M. Duguay:** Travaillez-vous dans une clinique?

**Dr. Kirplani:** Je suis salarié, je fais partie du personnel universitaire.

**M. Duguay:** Très bien. Vous dites que les soins offerts par les cliniques communautaires sont moins coûteux et d'aussi bonne qualité. Pouvez-vous m'expliquer comment il se fait qu'ils soient moins coûteux? Je songe aux médecins et à la rémunération à l'acte. Serait-ce eux qui perdraient s'ils devaient travailler dans une clinique communautaire?

**Dr. James:** C'est moins coûteux pour différentes raisons. Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les médecins ne facturent que de façon purement altruiste. Je ne crois pas que les médecins voient des patients inutilement, mais certains actes que je dois accomplir moi-même pour l'instant parce que c'est la seule façon d'être rémunéré, pourraient être délégués à d'autres personnes



[Texte]

off, if you wish, to other people who would be paid less than I am. For instance, if I were able to bring a social worker into my practice, which I could do under an HSO system, in the end it would cost the government less than the \$85 per hour they currently pay me to do psychotherapy. In fact, the government could save some of that money.

The biggest savings, however, would be in terms of hospitalization. Again this is not to say that physicians are keeping patients in a hospital longer than necessary, I do not mean that. But I think if you provide an incentive for them to utilize more effectively home-care services and community services or to do housecalls and prevent the patients from getting to hospital in the first place, then you can encourage them to prevent hospitalizations or shorten hospitalizations. At \$500 a day in my community, that is a significant saving.

**Mr. Duguay:** Just to pursue that, what you are suggesting is almost a differentiated staffing model whereby varying kinds of things would be done by people. . . The least complex task would be done by the cheapest paid individual and the medical doctor would then be doing only those things that are within his or her training and background.

**Dr. James:** I think that makes sense.

**Mr. Duguay:** Can you convince me—not that this is an argument, a theoretical one at least—that will in fact lower costs and that doctors will not do just as many services at a higher rate of pay and these other things will all be add-ons?

**Dr. Rachlis:** I was just going to say that if you introduce things piecemeal, you do not have overall control over costs. I think that may be one reason why provinces have been reticent about instituting more community health centres. Without having controls over the numbers of physicians and volumes of services that they provide, they view in strict cost terms that any additional services such as community health centres or better home care are add-ons. While those services may reduce the need for hospital care for the patients they serve, the provinces are convinced that the determination of their hospital costs or the number of hospital beds they have, not necessarily the care and whether they build in new services that are going to reduce the need for hospital care for certain subsets of patients. . . I think that is one of the reasons we have not seen more of them develop.

• 1055

I think I would flag again what Dr. James has said; that the literature indicates there is potential for reductions in hospital services. But we would urge that members not look at community health centres and other innovative programs as simply being mechanisms for reducing costs. They are probably in the long run mechanisms for reallocating costs within the system.

[Traduction]

moins bien payées que moi. Par exemple, si je pouvais avoir un travailleur social dans mon cabinet, ce qui serait possible dans le cadre d'une OSS, cela coûterait en fin de compte au gouvernement moins que les 85\$ l'heure qu'ils me paient à l'heure actuelle pour les services de psychothérapie. En fait, le gouvernement pourrait réaliser des économies.

Mais les économies les plus importantes se feraient au niveau de l'hospitalisation. Encore une fois, je ne veux pas dire que les médecins gardent leurs patients à l'hôpital plus longtemps que nécessaire, pas du tout. Mais si vous leur offrez un encouragement à utiliser de façon plus efficace les services de soins à la maison, les services communautaires ou à faire des visites à la maison pour éviter que des patients ne se retrouvent à l'hôpital en premier lieu, cela les portera à prévenir l'hospitalisation ou à la raccourcir. À 500\$ par jour dans ma localité, c'est une grosse économie.

**M. Duguay:** Dans le même ordre d'idées, il s'agirait presque d'une dotation en personnel en vertu de laquelle les tâches les moins complexes seraient accomplies par le membre du personnel le moins bien rémunéré et les plus complexes par le médecin formé à cet effet.

**Dr. James:** Cela me semble logique.

**M. Duguay:** Pouvez-vous me convaincre que cela entraînera une réduction des coûts et que les médecins n'offriront pas le même nombre de services à un taux de rémunération plus élevé et que tous ces autres services ne feront que s'y ajouter?

**Dr. Rachlis:** J'allais dire qu'en apportant des changements à la pièce, on ne peut exercer de contrôle global sur les coûts. C'est peut-être une raison pour laquelle les provinces ont hésité à créer plus de centres médicaux communautaires. Si elles ne peuvent exercer un contrôle sur le nombre de médecins et la quantité de services qu'ils dispensent, tout service supplémentaire comme les centres médicaux communautaires ou de meilleurs soins à la maison viennent s'ajouter aux coûts actuels. Alors que ce genre de centres pourraient effectivement se traduire par la réduction de la facture hospitalière globale, les provinces continuent à être convaincues que les coûts hospitaliers, le nombre de lits dont elles ont besoin, etc., resteraient les mêmes, même si certaines catégories de patients ont moins besoin de soins hospitaliers. . . Voilà une des raisons pour lesquelles ce genre de système ne s'est pas plus généralisé.

Mais je reviens encore sur ce que le Dr James a dit; toutes les études indiquent que l'on pourrait effectivement réduire la facture des services hospitaliers. D'un autre côté nous engageons vivement les membres du Comité à ne pas considérer ces centres médicaux communautaires, ni toutes autres initiatives innovatrices, du seul point de vue de la réduction de cette facture hospitalière. Je pense



[Text]

I would like to mention briefly one program in San Francisco which provides care to extremely debilitated older people who have all been deemed by the state assessors as being in need of nursing home care. For those clients, the cost for institutional care from that program is about 14% of their overall budget compared to about 70% in a typical Canadian province. The use of day services, community care, etc., are almost 50% of their budgets as compared to about 3% to 5% in most Canadian provinces. The overall costs of the program are 95% of what they would be if these people were in nursing homes. There is a slight saving, which would work out over a whole country to be quite significant. But the most important aspect of that particular innovative program, which is called "Unlock Senior Health Services", is they have this massive reallocation of their budget away from institutions towards the community.

**Mr. Duguay:** Just following up on a comment you made that people are not getting any sicker but are being treated more intensively with therapies which do not ultimately benefit health, can you give me examples of that kind of...?

**Dr. James:** I could give you several examples. I think we can each give you several examples. Often when I refer a patient to a specialist, I send along copies of the tests I have already done. They repeat the tests rather than accept what I have done, often as recently as a week before they see the specialist.

**Mr. Duguay:** Why do they do that?

**Dr. James:** That is a good question. I am not sure why they do that. Perhaps they feel it is worth checking to be sure that everything is okay. They say a CBC does not cost very much or a urinalysis does not cost very much. In fact they do not, but over the entire population of Ontario it would cost quite a bit.

In the field of obstetrics, I think there is some question as to the number of ultrasounds that need to be done during a pregnancy, or whether they need to be done at all. In my own practice, I seldom do an ultrasound unless there is a medical necessity. Most of the obstetricians do them routinely, at least once. In that way there are some increased costs there.

**Dr. Kirplani:** I have a couple of very illustrative examples. One example is how widely tonsilectomies vary from state to state in parts of the United States, and indeed from western Europe as compared to North America, and the indications for such procedures.

[Translation]

qu'à long terme il faudrait y voir des dispositifs, ou des systèmes qui permettraient de mieux répartir la dépense médicale totale.

J'aimerais à ce sujet évoquer très rapidement un programme destiné, à San Francisco, à des personnes âgées dont l'état de santé justifierait, d'après les services médicaux de l'État, une prise en charge dans un foyer. Grâce à ce programme, le coût des soins hospitaliers est de 14 p. 100 du budget global, alors qu'il est de 70 p. 100 dans la plupart des provinces canadiennes. Les services de jour, services communautaires etc., représentent près de 50 p. 100 du budget total, alors qu'il est dans la plupart des provinces canadiennes de 3 à 5 p. 100. Au total ce programme coûte 95 p. 100 de ce que coûterait la prise en charge de ces personnes dans des foyers. Ce n'est qu'une petite économie qui pourrait, à l'échelle de tout un pays, devenir importante. Mais l'aspect le plus intéressant de ce programme qui s'intitule «Unlock Senior Health Services», c'est que le budget qui lui est consacré est en grande partie utilisé au niveau communautaire, au lieu et place du niveau hospitalier.

**M. Duguay:** Vous disiez tout à l'heure que les gens ne sont pas de plus en plus malades, mais qu'ils ont de plus en plus recours à des soins médicaux de plus en plus perfectionnés, et notamment à des thérapies qui peut-être au total n'améliorent pas leur état de santé, et j'aimerais que vous me donniez des exemples...?

**Dr. James:** Je pourrais vous en donner plusieurs. Je pense que chacun d'entre nous ici présents, pourrait le faire. Ainsi, lorsque j'envoie un malade consulter un spécialiste, je joins en même temps les examens médicaux que j'ai déjà fait faire. Or je constate que très souvent l'on fait refaire ces mêmes examens médicaux que dans bien des cas j'ai fait faire une semaine avant que le malade ne consulte le spécialiste.

**M. Duguay:** Et pourquoi?

**Dr. James:** C'est une bonne question. Je me la pose, moi aussi. Peut-être que le spécialiste estime utile de vérifier une fois de plus, pour être sûr que les résultats sont justes. Les spécialistes vous diront qu'une formule sanguine ou une analyse d'urine ne coûte pas très cher. C'est vrai, mais à l'échelle de la population de toute la province de l'Ontario, ça finit par faire beaucoup.

Dans le domaine de l'obstétrique, par exemple, on peut se poser des questions sur le nombre d'échographies qu'il faudra faire pendant une grossesse, et même se demander si c'est absolument indispensable. En ce qui me concerne, on ne fait une échographie que s'il y a véritablement une raison médicale qui le justifie. Or pour la plupart des obstétriciens c'est une véritable routine, ils la font au moins une fois pendant la grossesse. Voilà donc encore des frais supplémentaires.

**Dr. Kirplani:** J'ai moi aussi quelques exemples très parlants à vous citer. Je pense d'abord à l'ablation des amygdales, dont la fréquence varie d'État en État aux États-Unis, et dont la prescription ne répond pas non plus aux mêmes critères en Europe occidentale qu'en

## [Texte]

Another procedure that also widely varies is that of caesarian sections. There are procedures that are probably being inappropriately used at times. One of the things that relates back to is increasing evidence, which I think the previous submission to you was sort of arguing for, that there should be some sort of mechanism for weighing up evidence for and against various interventions.

**Mr. Duguay:** The last concept I wanted to get at is the matter of aging. I am quoting:

The aging of the population is commonly perceived as a major factor in the growth of health care expenditures.

I would say, on the basis of what we have heard, that it is because older people have more drugs prescribed for them, they tend to be in hospital more often, they have more tests prescribed for them. We were told yesterday that the cost of dying is a very, very significant short-term cost. You have said that is not really a big thing in the long run. I would like to pursue that with you. I am not sure I accept the data you have given in your report, because I do not think it will be just that, unless we can reduce these elements. I would agree with you that it is not necessary for older-aged people to be taking all these drugs and to have all these services. A lot of them could be healthier. If we do something about that, then I think you may be right, but if we do not do anything about that, then I do not think your figures of 1% will hold up.

• 1100

**Dr. Rachlis:** I think what most Canadians believe, but it is not necessarily correct, is that older Canadians require more health services. We all know the Canadian population is ageing; therefore there will be increased costs associated with the ageing of the population. Fine. But what we have taken from this paper by Barer, Evans, Hertzman, Lomas is that if you look at the ageing of the population alone it will only increase our health costs by about 1% per year, well below the rate of inflation.

What needs examination, we think, is the rapidly increasing utilization of health services at all ages and particularly by the elderly. If you partition out the increased costs associated with ageing alone, and the increased costs associated with the increasing rates of utilization of medical services, then the increased costs associated with ageing alone are quite small and exceptionally manageable.

**Mr. Duguay:** I would like to pursue that. Perhaps you might independently with our researcher attack that question because the medical costs of a 75-year-old

## [Traduction]

Américain du Nord. C'est la même chose pour les césariennes. Certaines interventions ne sont donc pas toujours des plus judicieuses. Et c'est d'ailleurs, si je ne me trompe, ce que le témoin précédent a laissé entendre, lorsqu'il disait qu'il faudrait trouver des dispositifs permettant de juger du bien-fondé de telle ou telle intervention.

**M. Duguay:** Je voudrais, pour terminer, parler de la question du vieillissement de la population. Et je vous cite:

Le vieillissement de la population est de façon générale perçu comme un des facteurs essentiels de l'alourdissement de la facture médicale.

D'après ce que nous avons entendu dire, cela tient au fait que les personnes âgées ont besoin de plus de médicaments, qu'elles ont plus souvent recours aux soins hospitaliers, et qu'elles sont plus souvent soumises à des examens médicaux. On nous a bien dit, hier, que le coût de la mortalité était, dans le court terme, extrêmement élevé. Réparti sur une longue période, vous dites que ce n'est pas aussi grave que cela. J'aimerais bien poursuivre le raisonnement avec vous. Je ne suis pas sûr que je suis d'accord avec les chiffres que vous avez cités dans votre rapport, et à moins que nous ne réduisions ces différents éléments du coût global, je pense que ce sera plus important que vous le prédisiez. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il n'est peut-être pas absolument nécessaire que les personnes âgées prennent tous ces médicaments, ni qu'elles aient si souvent recours aux services hospitaliers, etc. On pourrait faire quelque chose pour que bon nombre de ces vieilles personnes soient en meilleure santé. Et si nous arrivons à faire quelque chose dans ce sens, vous aurez peut-être eu raison; dans le cas contraire, je ne pense pas que votre 1 p. 100 tienne vraiment.

**Dr. Rachlis:** La plupart des Canadiens, mais ils n'ont pas nécessairement raison, croient que les personnes âgées ont plus souvent recours aux services médicaux. Et comme, nous le savons tous, la population canadienne vieillit, la facture médicale totale va s'alourdir. Voilà le raisonnement. Or, ce que cette étude de Barer, Evans, Hertzman et Lomas nous a appris, c'est que le vieillissement de la population seule n'alourdira la facture médicale globale que de 1 p. 100 par an, c'est-à-dire beaucoup moins que le taux d'inflation.

Ce qu'il faut bien considérer, à notre avis, c'est que toutes les classes d'âge et les personnes âgées entre autres, vont de plus en plus chez le médecin. Si vous comparez l'augmentation des frais médicaux due au vieillissement de la population à l'augmentation globale due au fait que l'ensemble de la population va de plus en plus chez le médecin, vous constaterez que la première augmentation est relativement minime, et tout à fait acceptable.

**M. Duguay:** Je voudrais aller un petit peu plus loin. Vous pourrez peut-être tout à l'heure en parler également avec notre attaché de recherche, car je constate qu'une



## [Text]

Canadian are six times that of a 40-year-old Canadian. I would like to see all the arithmetic in some detail. I would simply draw the numerical conclusion that although costs are important at all levels, if one is six times the other and you are going to have more people in that category, surely it will rise dramatically. I would conclude that you have to do something about the ageing costs.

**Dr. Rachlis:** I know you are going to be hearing from Dr. Evans. We would encourage you to look very closely at this particular matter because as we flagged in our report the increased costs due to the ageing alone—the mathematics are clear—is very small. What we desperately need to look at in this country is the effectiveness of the services provided to the elderly and to all Canadians.

My colleague has mentioned caesarean sections, for example. The Netherlands—

**Mr. Duguay:** I am a mathematics teacher by background. What scares me is that your costs are mathematically so clear and they are not the same as others. As a matter of fact they are mutually exclusive, so I would like to pursue that and ask our researcher to pursue it.

**The Chairman:** The Chair wants to recognize Mr. Rosenbaum, our researcher, for one question.

**Mr. Rosenbaum:** If I could ask a follow-up to Mr. Duguay's question, I am surprised that you describe a 1% annual increase as small. One percent would compound out at 64% over 50 years. You can ignore the question of inflation because that is based on utilization, which means the costs are going to go up.

A 64% increase due to ageing alone would probably mean about 25% per capita increase, and this for a population in which a greater percentage is aged and out of the labour force. A smaller proportion of the population will be working and will have to support an additional 25% per capita expenditure. It seems to me that is a large increase.

Before you comment, just one other thing: the OECD's estimates for Canada on the same question are about 50% higher.

**Dr. Rachlis:** What I would say is that there is no question that an increase in health costs is going to be associated with ageing, and you have said it would be about 64% in real terms over 50 years. What I would flag is that health costs in this country in the last 15 years or so have doubled in real terms. The impact due to ageing is something we have to deal with, but as a proportion of

## [Translation]

personne de 75 ans coûte six fois plus cher qu'une personne de 40 ans, sur le plan médical. Et même si il y a augmentation à tous les niveaux, si l'un coûte six fois plus cher que l'autre, le vieillissement de la population va certainement avoir des conséquences dramatiques. Il va donc très certainement falloir faire quelque chose.

**Dr. Rachlis:** Je sais que vous allez également entendre le Dr Evans. Nous vous encouragerions alors à en discuter avec lui, car, comme nous l'avons fait remarquer dans notre rapport, l'augmentation des frais due au vieillissement de la population seul—les chiffres sont clairs—est minime. Ce dont nous avons désespérément besoin dans ce pays, c'est de rendre plus efficace le dispositif médical hospitalier, qu'il s'agisse des personnes âgées ou des autres Canadiens.

Mon collègue vous a par exemple parlé des caésiennes. Au Pays-Bas. . .

**M. Duguay:** J'ai une formation de professeur de mathématiques. Ce qui m'effraie un petit peu dans tout cela, c'est que du point de vue mathématique, votre raisonnement est parfaitement clair, et pourtant les coûts auxquels vous parvenez ne correspondent pas à certains résultats qui nous ont été communiqués. Je peux même dire qu'il y a incompatibilité des chiffres, et c'est pour cela que j'aimerais demander à notre attaché de recherche de poursuivre un petit peu.

**Le président:** Nous allons donner la parole à M. Rosenbaum, notre attaché de recherche, pour une question.

**M. Rosenbaum:** À la suite de M. Duguay, je vais vous dire que je suis, moi aussi, surpris que vous puissiez juger minime cette augmentation annuelle de 1 p. 100. Sur 50 ans, cela fait 64 p. 100. Laissons de côté l'inflation, puisque nous raisonnons en fonction du taux d'utilisation des services, et au total le coût va augmenter.

Une augmentation de 64 p. 100 et cela simplement en raison du vieillissement de la population, cela représente une augmentation de 25 p. 100 par habitant, et cela dans un pays où il y aura de plus en plus de personnes âgées qui évidemment ne travailleront pas. Nous aurons donc une population active moins importante qui aura à prendre en charge cette augmentation de la facture médicale de 25 p. 100 par habitant. Je trouve que c'est une augmentation énorme.

Avant que vous ne répondiez, j'ajouterai que les prévisions de l'OCDE pour le Canada—dans ce même domaine—indiquent un chiffre qui est de 50 p. 100 plus élevé que le vôtre.

**Dr. Rachlis:** Il ne fait aucun doute que l'augmentation du nombre de personnes âgées va se traduire par une augmentation des frais médicaux, et en termes réels cela ferait une augmentation de 64 p. 100 sur 50 ans. Je vous rappellerai à ce sujet qu'au cours des 15 dernières années cette facture a doublé, toujours en termes réels. Même si le vieillissement de la population est une question que



[Texte]

the overall increase in health costs, it is rather small. If we focus on ageing alone we are going to miss the boat. What we are saying is, let us take a look at the effectiveness of the services we are increasingly providing to old people in particular but also to the rest of the population.

**Ms Copps:** I think perhaps the time bomb ticking in your brief is the section in which you say that you are disturbed that the public looks at input rather than output of the health care system. I tend to agree with you, but we are sitting here not as providers of the service but as politicians. People are screaming for more hospital beds; they want early if not immediate access to emergency facilities, as was stated by the member for St. Catharines.

• 1105

If you are in the position of making the decisions, you have to try to politically balance off the demand, which is the input demand of the public, as against the overall long-term benefits of having a more health-oriented model. It is not an easy question because of the political imperatives that are placed on the system by the public.

**Dr. Kirplani:** We appreciate the sort of potential contradiction and the short-term versus the long-term difficulties of effecting that sort of transition, but we are not arguing for a cutting of services that are medically required, and socially required if you like. All we are asking for is a restructuring, so that burden becomes redistributed over time. The only way to start doing that is by sensible planning early on, because some of these things take time to gestate. We are not arguing for a reduction in acute services, and you are quite right. Demand is what drives the provision.

**Ms Copps:** Thank you.

**The Chairman:** On behalf of the committee, gentlemen, I thank you all for being with us today. You have provided us with a good brief, and some stimulating thought and questions have arisen from it. We thank you for your answers. Thank you very much.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I would like to raise a point. It is not an extremely important point, but the membership of Conservatives coming to this committee seems to change so often. I realize you want to recognize people in the order in which they arrive on an individual

[Traduction]

nous devons examiner, il faut tout de suite remarquer qu'en pourcentage, cela ne représente qu'une augmentation minime, par rapport à l'ensemble. Si nous sommes aveuglés par cette question des personnes âgées, nous allons faire fausse route. Ce que nous disons, au contraire, c'est qu'il faut étudier l'efficacité de l'ensemble de dispositifs médicaux, lequel est de plus en plus sollicité, non seulement par les personnes âgées, mais par l'ensemble de la population.

**Mme Copps:** Je crois qu'il y a une bombe à retardement dans votre mémoire, et c'est ce paragraphe dans lequel vous dites regretter que la population puisse s'intéresser de façon aussi exclusive à ce que coûte le secteur de la santé, sans se soucier de l'efficacité du dispositif. Je suis d'accord avec vous, mais nous ne sommes pas médecins, nous sommes ici en tant que politiques. Or, la population réclame à cor et à cri que l'on augmente le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux, que les services d'urgence soient plus immédiatement accessibles, comme vous l'a dit le député de St. Catharines.

Les responsables politiques doivent donc à la fois tenir compte de la demande, c'est-à-dire la demande de service de la population, mais également des bénéfices à long terme que l'on pourrait retirer d'un modèle qui mettrait véritablement la notion de santé au centre de ces préoccupations. Ce n'est pas un problème facile à résoudre, notamment du fait des exigences immédiates de la population.

**Dr Kirplani:** Nous comprenons effectivement qu'il y ait un peu contradiction entre les exigences à court terme et les difficultés que l'on rencontrerait dans la mise en place d'un modèle mieux justifié à long terme; mais notre proposition ne consiste certainement pas à supprimer certains services qui sont nécessaires, du point de vue médical, et si vous voulez du point de vue social. Ce que nous proposons c'est une restructuration, pour que les dépenses soient mieux réparties. Étant donné qu'il faudra beaucoup de temps pour venir à bout de cette question, la seule solution est de commencer tout de suite par une planification raisonnable. Nous ne demandons certainement pas que l'on se prive des services absolument nécessaires, vous avez tout à fait raison. Dans ce domaine, c'est la demande qui commande.

**Mme Copps:** Merci.

**Le président:** Au nom du Comité, messieurs, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Vous nous avez fourni un excellent mémoire, et matière à réflexion. Merci d'avoir répondu à nos questions. Merci beaucoup.

**Mme Copps:** Monsieur le président, je voudrais faire une dernière remarque. Ce n'est pas extrêmement important, mais j'aimerais tout de même faire remarquer que les députés conservateurs qui participent aux travaux du Comité changent véritablement trop souvent. Je

[Text]

basis, but I think it might be worth considering to sort of go back to the system of parties allocating time. There are people who have come to this committee today for the first time who will never be back again and who will then not be that involved in the writing of the final report.

**The Chairman:** Ms Copps, I do keep an accurate record of it. As a matter of fact, for the first group today, each of the opposition party spokesmen, including yourself, had 11 minutes, and the government members combined had 13 minutes.

**Ms Copps:** All I am saying is that neither of the two government members who were here originally are members of the committee. They have not been here before and probably will not be here again. It is nice for them to ask questions, but if you want to do it in the overall context of what we are doing for the report. . .

**The Chairman:** I guess my response is that we could not have had a committee meeting at all if they were not here. Had they not been here, we would not have had any testimony at all, and you would not have had any chance to ask any questions. I feel bound to recognize them, if we want them to come back, so we can have a quorum.

**Ms Copps:** I realize it is not your responsibility as the Chair, and I know Mr. Turner comes fairly regularly, but it just seems that the other membership changes so often that it is a different person every time we have a meeting. I do not know what we are going to do when we come to writing our report.

**The Chairman:** I do not want to be unfair to you, but at least they were here today, and you were not here last night.

**Ms Copps:** Yes, and I was not here last night for a specific reason. You changed the time of the meeting, and I had an emergency in my home. But believe me, if you compare my attendance to any of the members on any side of the House, I do not think that is a fair comment.

**The Chairman:** There would be specific reasons why they were not here today.

**Ms Copps:** No, but we do not have different members on the committee every week. It is beginning to be a bit of a problem. You are here all the time. I am not criticizing you. But in terms of the writing of the report, as we go along we are going to need one or two people who will sort of be the thread of continuity.

**The Chairman:** I hope you are one of those.

**Ms Copps:** I intend to be, certainly from my party's perspective.

[Translation]

comprends que vous donniez la parole aux membres du Comité dans leur ordre d'arrivée, mais je pense quand même qu'il serait bon de revenir au système de répartition du temps de parole entre les différents partis. Il y a aujourd'hui des députés que nous ne reverrons jamais et qui ne participeront pas à la rédaction du rapport.

**Le président:** Madame Copps, je suis tout cela de très près. De fait, pour le premier groupe de témoins aujourd'hui, chacun des députés de l'opposition, y compris vous-même, a eu 11 minutes de parole, et les députés du parti majoritaire ont eu à eux tous 13 minutes.

**Mme Copps:** Je voulais surtout dire qu'aucun des deux députés du parti majoritaire présents aujourd'hui n'est à l'origine membre du Comité. Nous ne les avons jamais vus ici par le passé, et nous ne les reverrons sans doute jamais. Il est très bien qu'ils posent des questions, mais si vous voulez tenir compte du travail que nous avons à faire en prévision du rapport. . .

**Le président:** Ce que j'aurais à répondre, je suppose, c'est que la séance n'aurait pas pu avoir lieu s'ils n'avaient pas été là. Nous n'aurions pas pu entendre les témoins, et vous n'auriez même pas pu poser vos questions. Je me sens donc tenu de leur donner la parole, si nous voulons qu'ils puissent revenir pour permettre au Comité d'avoir un quorum.

**Mme Copps:** Je sais que ce n'est pas de votre faute, monsieur le président, et je sais également que M. Turner est fréquemment présent à nos réunions, mais il semble que pour les autres députés, cela change beaucoup, et que nous ayons à chaque fois une nouvelle tête en face de nous. Je ne sais pas comment nous allons nous en tirer au moment de la rédaction du rapport.

**Le président:** Sans vouloir être injuste, j'aimerais tout de même faire remarquer que ces messieurs étaient présents aujourd'hui, alors que vous n'étiez pas parmi nous hier soir.

**Mme Copps:** Effectivement, et il y avait à cela une raison très particulière. Vous aviez modifié l'heure de réunion, et j'ai dû faire face à une urgence chez moi. Étant donné le peu de fois que j'ai été absente, en comparaison des autres députés, quel que soit le parti considéré, je trouve que ce n'est pas très juste de dire cela.

**Le président:** Je suppose qu'ils avaient eux aussi de bonnes raisons de ne pas être présents aujourd'hui.

**Mme Copps:** Mais au moins, de notre côté, ce sont toujours les mêmes députés qui participent aux travaux du Comité. Cela va tout de même devenir un petit peu problématique. Ce n'est pas vous que je critique, je sais que vous êtes toujours présent. Mais lorsqu'il faudra rédiger le rapport, il faudra bien quand même, pour la continuité, que nous puissions compter sur une ou deux personnes qui aient été la plupart du temps présentes.

**Le président:** J'espère que vous serez l'une de celles-là.

**Mme Copps:** J'en ai bien l'intention, ne serait-ce que dans l'intérêt de mon parti.

---

[Texte]

**The Chairman:** Thank you, Ms Copps. This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

**Le président:** Merci, madame Copps. La séance est levée.

---





















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Canadian Association of Occupational Therapists:*

Thelma Gill, President;  
Donna Campbell, Government Affairs Liaison.

*From the Victorian Order of Nurses for Canada:*

Dr. Helen Mussallem, First Vice-President;  
Lorette Sutton, National Associate, Executive Director;  
Donna Roe, National Executive Director.

*From the Consumers Association of Canada:*

Dr. Richard Plain, Co-Chairman;  
Jean Jones, Past National President;  
Robert Best, Senior Policy Research Officer.

*From the Medical Reform Group of Ontario:*

Dr. Robert James, Member, Steering Committee;  
Dr. Haresh Kirplani, Member, Steering Committee;  
Dr. Michael Rachlis, Health Policy Advisor.

#### TÉMOINS

*De l'Association canadienne des ergothérapeutes:*

Thelma Gill, présidente;  
Donna Campbell, Liaison, Affaires gouvernementales.

*Des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:*

D<sup>r</sup> Helen Mussallem, première vice-présidente;  
Lorette Sutton, adjointe nationale, directrice générale;  
Donna Roe, directrice générale nationale.

*De l'Association des consommateurs du Canada:*

D<sup>r</sup> Richard Plain, coprésident;  
Jean Jones, ancienne présidente nationale;  
Robert Best, chargé principal de recherche en matière de politique.

*Du Groupe de la réforme médicale de l'Ontario:*

D<sup>r</sup> Robert James, membre, comité directeur;  
D<sup>r</sup> Haresh Kirplani, membre, comité directeur;  
D<sup>r</sup> Michael Rachlis, conseiller en matière de politique sanitaire.

28  
39  
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 51

Tuesday, June 14, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 51

Le mardi 14 juin 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

### CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TUESDAY, JUNE 14, 1988

(72)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:46 o'clock a.m., in Room 705, 151 Sparks Street, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell and Paul W. McCrossan.

*Acting Member present:* Lorne McCuish for Brian White.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the National Advisory Council on Aging:* Dr. Charlotte Mathews, President; Susan Fletcher, Director. *From the Canadian Association of Optometrists:* Dr. Scott Brisbin, President; Gérard Lambert, Executive Director; Dr. Emerson Woodruff, Consultant.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Mathews made a statement and, with the other witness, answered questions.

Mr. Lambert and Dr. Brisbin made statements and, with the other witness, answered questions.

At 11:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

LE MARDI 14 JUIN 1988

(72)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 9 h 46, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell et Paul W. McCrossan.

*Membre suppléant présent:* Lorne McCuish remplace Brian White.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:* Docteur Charlotte Mathews, présidente; Susan Fletcher, directeur. *De l'Association canadienne des optométristes:* Docteur Scott Brisbin, président; Gérard Lambert, directeur général; Docteur Emerson Woodruff, consultant.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Le Docteur Mathews fait une déclaration, puis elle-même et l'autre témoin répondent aux questions.

M. Lambert et le Docteur Brisbin font des déclarations, puis eux-mêmes et l'autre témoin répondent aux questions.

À 11 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, June 14, 1988

• 0946

**The Chairman:** The Chair sees a quorum for the hearing of witnesses. We are pursuing our hearings this morning on the study of the health-care system in Canada.

We have with us two sets of witnesses, the first being the National Advisory Council on Aging. We have with us Dr. Charlotte Mathews, who is their spokesperson, if I am not mistaken. We want to welcome you, Dr. Mathews. Perhaps you could introduce your two colleagues to us.

**Dr. Charlotte Mathews (President, National Advisory Council on Aging):** Thank you, Mr. Chairman and members; maybe I should say to you, the soon-to-be-elderly.

**The Chairman:** Only too soon!

**Dr. Mathews:** I wanted to get your attention a bit. The nomenclature is one of the most interesting things about gerontology. We are calling people young-old, mid-old and old-old, so I thought the soon-to-be-elderly might apply.

I am very pleased to be here. With me is Susan Fletcher, the director of the National Advisory Council on Aging and Nancy Gnaedinger, who is one of our staff of eight.

First of all, I want to say that I personally, and I believe all the members of the National Advisory Council on Aging, have a very positive view of aging. There are lots of things to be said and done about aging, but on the whole it is positive and looking more positive every day. This is due to the efforts of many people, many parliaments across the country and many interested gerontologists and geriatric specialists. As a matter of fact, going back to semantics, we now say older adults, which seems to be rather a nicer term, but seniors of course, anything at all, I do not mind.

You have in the hand-outs quite a detailed account of what we feel about community support systems. I will make it short for various reasons, one of which is to enable you to ask some questions. We welcome your ideas. If I say something that is not clear, I would also like to have an opportunity to clarify it.

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 14 juin 1988

**Le président:** Je vois que nous avons le quorum pour entendre des témoins. Nous poursuivons ce matin nos audiences dans le cadre de l'étude des soins de santé au Canada.

Nous avons ce matin deux groupes de témoins. Le premier est le Conseil consultatif national sur le troisième âge. M<sup>me</sup> Charlotte Mathews est leur porte-parole, si je ne me trompe. Bonjour, madame Mathews. Peut-être pourriez-vous d'abord nous présenter les deux collègues qui vous accompagnent.

**Mme Charlotte Mathews (présidente, Conseil consultatif national sur le troisième âge):** Merci, monsieur le président et membres du Comité, que je devrais peut-être qualifier de nos aînés de demain.

**Le président:** Demain arrivera malheureusement bien assez tôt!

**Mme Mathews:** Je voulais attirer votre attention un peu. La terminologie est l'un des aspects les plus intéressants de la gérontologie. On parle de jeunes vieux, d'assez vieux, et de très vieux, de sorte que j'ai pensé que l'expression aînés de demain pourrait convenir.

Je suis très heureuse d'être ici. Susan Fletcher, directrice du Conseil consultatif national sur le troisième âge, et Nancy Gnaedinger, une de nos huit employés, m'accompagnent aujourd'hui.

D'abord, je tiens à dire que personnellement, je crois que tous les membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge ont une vue très positive du vieillissement. Il y a bien des choses que l'on peut dire et faire au sujet du vieillissement, mais en général les choses vont bien et semblent aller de mieux en mieux, chaque jour, grâce aux efforts de nombreuses personnes, de nombreux gouvernements au pays, de nombreux gérontologues et spécialistes en gériatrie. En fait, pour revenir à la terminologie, on parle aujourd'hui d'adultes plus âgés, ce qui est peut-être plus gentil, mais je veux bien que l'on parle d'aînés, de personnes du troisième âge ou autres.

Dans les documents que nous vous avons remis, vous trouverez un rapport très détaillé de ce que nous pensons des services communautaires d'appoint. Je vais vous en faire un résumé pour plusieurs raisons, entre autres pour vous laisser suffisamment de temps pour poser des questions. Nous serions heureuses que vous nous fassiez part de vos idées. Si je dis quelque chose qui n'est pas clair, j'aimerais également avoir l'occasion de préciser ma pensée.

[Texte]

[Traduction]

• 0950

So the presentation focuses on community support systems. It will not be new to you, but we feel it is so important that we must re-emphasize the importance of community support systems. And of course we are speaking about these support systems in connection with seniors.

A brief outline of the National Advisory Council on Aging. It was established by Order in Council in 1980. Our mandate has about five or six main points, but I will mention just two or three. First of all is to advise and assist the Minister of National Health and Welfare on all matters relating to an aging population and to improve the quality of life for Canadian seniors.

The membership of the council is 18: 17 members and myself. They are appointed by the Governor General in Council, on recommendation of the Minister of National Health and Welfare. They are chosen from all walks of life, from all regions of Canada, and from various ethnic groups. At present we have four in Ontario, four in Quebec, and one from each of the other provinces and the Yukon and Northwest Territories. Incidentally, tomorrow we will be having our 21st meeting.

One of the main concerns of all NACA members is the independence of seniors. Seniors have told us that they want to be independent; that it means so much to stay in familiar surroundings. This has come from many, many sources. This value in our society of being autonomous is very, very strong.

I should mention, of course, a caveat in all this. When we speak of seniors or older adults, we cannot put seniors into a mould. Sometimes I say, just like Goldilocks and the three bears, seniors come in all shapes and sizes. We should not talk about "them". This is absolutely wrong. We should talk about "us"; because everyone in this room is aging at the same rate. Do not be frightened of the word "aging". As I said, it is a positive thing.

So NACA believes in independence with support. We encourage the provision of adequate, appropriate, varied, and co-ordinated community support services, which will help to maintain and improve the well-being of seniors. We believe these services should be available to all those seniors who have need.

On the question of need, I am a great fan of geriatric units, sometimes called "geriatric assessment units"; but the newer approach says "geriatric units". This is a multidisciplinary approach. Gerontology and geriatrics, which is the scientific or the medical end of aging, is multidisciplinary. It is not just health. It is not just social. It is not just optometry. It is not just dentistry. It is all

Notre exposé porte donc surtout sur les services communautaires d'appoint. Il ne s'agit pas de quelque chose de nouveau pour vous, mais nous estimons que nous devons en souligner à nouveau l'importance. Il va de soi que nous parlons des services d'appoint offerts aux personnes âgées.

J'aimerais d'abord faire un bref historique du Conseil national sur le troisième âge. Le conseil a été créé par décret en 1980. Notre mandat comprend environ cinq ou six parties, mais je n'en mentionnerai que deux ou trois: d'abord, aider et conseiller le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur toutes les questions ayant trait au vieillissement de la population et améliorer la qualité de vie des Canadiens âgés.

Le Conseil se compose d'un président et de 17 membres, tous nommés par le gouverneur général en conseil sur la recommandation du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Les membres proviennent de toutes les couches de la société, de toutes les régions du Canada et de tous les groupes ethniques. Actuellement, quatre membres proviennent de l'Ontario, quatre du Québec, et un de chacune des autres provinces ainsi que du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. À propos, nous tiendrons demain notre 21<sup>e</sup> réunion.

À l'heure actuelle, l'indépendance des Canadiens âgés constitue l'une des principales préoccupations du CCNTA. Les personnes âgées nous ont indiqué qu'elles voulaient être indépendantes, qu'elles désiraient avant tout continuer d'habiter de façon autonome leur localité et leur propre domicile. C'est ce que nous ont dit de nombreuses personnes. Le désir d'indépendance des Canadiens âgés dans notre société est extrêmement fort.

Cependant, lorsque nous parlons de personnes du troisième âge ou d'adultes plus âgés, on ne peut pas tous les mettre dans le même moule. Je dis parfois que, comme Boucle d'Or et les trois ours, on rencontre des personnes âgées de toutes les formes et de toutes les tailles. On ne devrait pas en parler à la troisième personne. On a tort de le faire. On devrait en parler à la première personne du pluriel, parce que nous tous ici dans cette salle vieillissons au même rythme. N'ayez pas peur du mot «vieillissement». Comme je l'ai dit, c'est un phénomène positif.

Le CCNTA croit donc à une autonomie aidée. Nous encourageons les collectivités à fournir des services de soutien pertinents, appropriés, variés et coordonnés à toutes les personnes âgées qui en ont besoin.

En ce qui concerne les besoins, je suis une fervente enthousiaste des unités gériatriques, qu'on appelle parfois «unités d'évaluation gériatrique»; mais récemment, on a plutôt tendance à les appeler «unités gériatriques». Il s'agit d'une approche multidisciplinaire. La gérontologie et la gériatrie, c'est-à-dire l'aspect scientifique ou médical du vieillissement, sont multidisciplinaires. Il ne s'agit pas



## [Text]

these things, and the social environment. So we must look at aging persons in a holistic way and make sure that when we are trying to suit their needs we use this multidisciplinary approach. In the past I do not think we have done that, in general. We have concentrated on the health matters, which are important, of course; but now we are realizing there are many more things we should consider. I may enlarge on this if I have time.

• 0955

Right now, out of 1,140 hospitals in the Canadian Hospital Association system, one in ten has geriatric units. That is this multidisciplinary approach. As I have seen the successful units operate, this multidisciplinary approach includes a continuum of care, not just in institutions. It is at the appropriate level of care, and sometimes we have not done a very good job at placing and this sort of thing. So this how we get around the idea of who should have a support system, and the need.

I should say too that NACA's definition of health is taken from the World Health Organization's concept, which again is this holistic approach, the social, the personal values, and the resources, as well as the physical capacity.

I think health care, in this sense, means maximizing the capabilities of individuals, and taking into account their personal differences.

Support systems must of course be accessible. This is a key word, access to our systems, and flexible, to respond to the different and changing levels of autonomy. As you grow older of course things sometimes do change. They must respond to their living arrangements, and the values and resources. In other words, it is beyond the medical model of help, and far beyond the walls of the health-care institutions.

In our opinion, this all requires a shifting of the emphasis in health care from acute physical care to long-term care of the whole person, and from this institutional base to the community base, and at least equal emphasis.

I must however point out that by emphasizing the importance of community support systems, we are in no way saying institutions must be abolished or diminished. There is much research on this, and we will always have need for institutions. This is just another little caveat I put in there.

With relation to the different kinds of support systems, I am very pleased that just off the press is our latest edition of our newsletter, called *Expression*. This is all about support systems, independent living and things we

## [Translation]

seulement de la santé. Il ne s'agit pas seulement de l'aspect social. Il ne s'agit pas seulement de l'optométrie, ni seulement de la dentisterie. Il s'agit de l'ensemble de toutes ces choses, et de l'environnement social. Nous devons avoir une perspective holistique des personnes âgées et adopter une approche multidisciplinaire lorsque nous essayons de répondre à leurs besoins. En général, je ne pense pas que ce soit ce que nous ayons fait par le passé. Nous avons surtout insisté sur les soins de santé, qui sont importants, évidemment; mais nous prenons conscience aujourd'hui que nous devons tenir compte d'un bien plus grand nombre de facteurs. Je vous en parlerai peut-être dans les détails si j'en ai le temps.

Actuellement, parmi les 1,140 hôpitaux de l'Association des hôpitaux du Canada, un sur 10 dispose d'une unité gériatrique et a donc adopté cette approche multidisciplinaire qui comprend un continuum de soins qui s'étend au-delà des murs des établissements. Il s'agit de déterminer le niveau approprié des soins de santé, et nous n'avons pas toujours réussi à le faire par le passé. Voilà donc comment nous déterminons qui a besoin d'un service d'appoint et qui devrait en bénéficier.

Je devrais également ajouter que le CCNTA a adopté la définition de la santé mise au point par l'Organisation mondiale de la santé, qui encore une fois repose sur une approche holistique, c'est-à-dire que la santé est un concept qui met en valeur les ressources sociales et personnelles ainsi que la capacité physique.

Dans ce sens, je crois que les soins de santé signifient la maximisation des capacités des personnes et la prise en compte de leurs différences personnelles.

Les services d'appoint doivent évidemment être accessibles. Ils doivent également être souples afin de pouvoir répondre aux niveaux d'autonomie qui sont différents et qui changent. À mesure que l'on vieillit, évidemment certaines choses changent parfois. Ces services doivent donc répondre aux valeurs et aux ressources des personnes âgées selon l'endroit où elles vivent. En d'autres termes, ces services doivent s'étendre au-delà du modèle médical de la santé et au-delà des murs des établissements des soins de santé.

À notre avis, il faut délaissier les soins physiques actifs ou de courte durée pour se tourner vers le traitement à long terme de la personne entière, et passer d'une base institutionnelle à une base communautaire.

Cependant, je dois dire qu'en soulignant l'importance des services communautaires, le CCNTA ne favorise pas l'abolition des soins institutionnels. Beaucoup de recherches se font à ce sujet, et ce genre de soins sera toujours nécessaire.

Pour ce qui est des différentes sortes des systèmes d'appoint, je suis très heureuse que le dernier numéro de notre bulletin intitulé *Expression* vienne tout juste d'être publié. Il porte entièrement sur les services d'appoint, sur

[Texte]

are trying to focus on. We are trying to focus on the barriers to independent living.

We now have a questionnaire going out across the country. One of our main concerns is these services. They are all listed in this issue of *Expression*: the health-care services, and at the community level, these could include the assessment; the rehabilitation, which is very important, and, in my view, has been neglected. In other words, we can regain muscle strength. We can regain abilities after strokes. It is very, very important. It includes case management.

The health professional services, such as dental, home nursing and various kinds of therapy, are very, very important. The idea of assessing on site, going into the homes, the living environment, as a matter of fact, is one of my great interests because there are stresses, and there are things in your living environment—I am not speaking about the air we breath. I am talking about the sense of environment in what we see and feel around us in our daily lives.

• 1000

For older people this needs to be assessed and taken into account when we are talking our illnesses. We are encouraging these things in the home. I think in that respect medical social workers, social workers who have a good knowledge of gerontology, could add a great deal to help.

When I list these support services, there is some difficulty in terminology because home care does not mean quite the same thing in the west as it does in the east and homemaker does not mean quite the same. That is another subject for discussion.

In general we have to answer this holistic sense by personal support systems, social support systems, health-care promotion systems, information and referral systems.

I could hardly believe my ears the other day. I was at a conference with leaders of the community and heads of large corporations. One of them—I will not name the corporation, but you would all recognize it—said that his mother took sick and they did not know what to do. This boggles my mind, but it is general. People do not look ahead.

This information system has to be brought forth and made somehow a little better, but that is at the community level. Respite services are very important when you think of care givers and the stress they undergo.

To enlarge very quickly on the personal support systems, we mean by that the homemaking services and the home maintenance, which is very important to older

[Traduction]

l'autonomie et ce genre de choses. Nous essayons de nous pencher surtout sur les obstacles à une vie autonome.

Nous avons distribué un questionnaire partout au pays. Ces services d'appoint sont l'une de nos principales préoccupations. Nous les avons tous énumérés dans ce numéro de notre bulletin *Expression*: les services de soins de santé, et au niveau communautaire, il s'agit des services d'évaluation; de réadaptation, qui sont très importants et à mon avis qui ont été négligés. En d'autres termes, nous pouvons recouvrer la force musculaire. Nous pouvons recouvrer certaines capacités après une attaque. C'est extrêmement important. Ces services comprennent la gestion des cas.

Les services professionnels de santé, comme les soins dentaires, les soins infirmiers à domicile et divers types de thérapie sont extrêmement importants. Le concept de l'évaluation sur place des personnes âgées, en se rendant dans leur domicile, là où elles vivent, m'intéresse énormément parce qu'il y a des stress, et toutes sortes de choses dans notre environnement—je ne parle pas ici de l'air que nous respirons. Je parle de ce que nous voyons et de ce que nous éprouvons dans nos vies quotidiennes.

Ces facteurs doivent être évalués et pris en compte lorsque nous parlons de nos maladies. Nous encourageons ce service à domicile. À cet égard, je crois que les travailleurs sociaux qui ont une bonne connaissance de la gérontologie pourraient aider considérablement à cette évaluation.

L'énumération des services d'appoint pose un certain problème de terminologie, parce que l'expression soins à domicile n'a pas la même signification dans l'Ouest que dans l'Est, et c'est la même chose pour ce qui est de l'entretien ménager. C'est un autre sujet de discussion.

En général, nous estimons que pour aider à améliorer ou à préserver la santé des personnes âgées dans son sens holistique, il est nécessaire d'avoir des services personnels d'appoint, des services sociaux d'appoint, des services de promotion de la santé ainsi que des services de formation et de renvoi.

L'autre jour, je n'en croyais pas mes oreilles. Je me trouvais à une conférence avec les dirigeants de la communauté, et des dirigeants de grandes sociétés. L'un d'entre eux—je ne vous dirai pas le nom de la société, mais vous pourriez tous le reconnaître—a dit que sa mère était tombée malade et qu'il ne savait pas quoi faire. Cela m'étonne au plus haut point, mais la situation est générale. Les gens ne prévoient pas.

Ces services d'information doivent être offerts et peut-être même améliorés, mais au niveau communautaire. Les services de répit sont très importants lorsqu'on pense aux soignants et au stress de ces personnes.

Permettez-moi de vous expliquer rapidement ce que nous entendons par services personnels d'appoint. Il s'agit des services de soins à domicile et d'entretien ménager,



[Text]

people. Perhaps not the cost: they need reliable workmen, someone they can be sure does not overcharge them and does do a good job.

Personal care is help with bathing and Meals on Wheels. The social support systems include things like friendly visiting—it is very important—telephone assurances, Neighbourhood Watch Programs and social clubs and groups that provide contact and support in the sense of making a person a part of the community. These are very important.

One of the words that comes through again and again as a person grows older is the word "losses". Until you reach a certain age and go to four or five funerals of your friends and relatives in one month—my husband and I are doing that—you do not understand quite what the word "losses" means. A person who has had these losses may suffer from social isolation and unfortunately, as I am sure Dr. Halliday knows well, it can lead to a downward spiral of disengagement, lethargy, depression and perhaps loss of the will to live.

We spoke of health promotion. The new wellness movement is spreading to the aging population. Older people are realizing that exercise, diet and nutrition are coming through. The researchers every day are telling us that diet is so important. The level of education for older people is steadily going up and they are anxious to know more. When I went to school I do not think we ever talked about the biology of aging. I now find the biology of aging the most interesting thing in the world.

• 1005

Information referral services, I touched on briefly. There is no standardization across the country for these, whether there should be or not. But it is most important that they should be in place. As to the respite care, just to be relieved overnight or for a vacation period is of tremendous help to the care-giver. Often the care-giver tries to deal with all the things. I am sure all of you can think of cases where the care-giver became ill too, so that we wound up with two people in need of health care.

Transportation services. Whenever you take a survey of seniors about what their needs are, transportation comes up again and again. It is very important. You have to put yourself in the position of not being able to drive your car, not being able to get up on the high step of the bus. There are agencies here in Ottawa that are addressing these problems, and we are working very closely with all these agencies.

[Translation]

qui sont très importants pour les personnes âgées. Elles ont besoin de travailleurs sur qui elles peuvent compter, qui ne leur demandent pas un prix excessif et qui font un bon travail.

Les soins personnels consistent par exemple à aider une personne à prendre son bain, à fournir des repas à domicile. Les services sociaux d'appoint comprennent une diversité de programmes comme les visites amicales—qui sont très importantes—les programmes de réconfort téléphonique, les programmes de surveillance de quartier et les clubs et groupes sociaux qui assurent un contact et un soutien et qui font qu'une personne sent qu'elle fait partie de la communauté. Ils sont tous très importants.

Un mot qui revient sans cesse à mesure qu'une personne vieillit, est le mot «perte». Jusqu'à ce que l'on atteigne un certain âge et que l'on assiste à quatre ou cinq funérailles de ses amis et parents en un seul mois—ce qui nous arrive actuellement à mon mari et à moi-même—on ne peut comprendre ce que signifie le mot «perte». La perte d'un être cher pour une personne peut provoquer une certaine isolation sociale et malheureusement, comme le Dr Halliday le sait certainement, peut également provoquer une léthargie, la dépression et peut-être même la perte de la volonté de vivre.

Nous avons parlé de la promotion de la santé. Le nouveau mouvement de bien-être s'étend à la population âgée. Les personnes âgées se rendent compte que l'exercice, la diète et la nutrition sont très importants. Chaque jour les chercheurs nous disent jusqu'à quel point la diète est importante. La sensibilisation des personnes âgées à ce phénomène augmente sans cesse. Les personnes âgées veulent toujours en savoir davantage. Lorsque j'allais à l'école, nous ne parlions jamais de la biologie du vieillissement. Aujourd'hui, la biologie du vieillissement est pour moi l'un des sujets les plus intéressants au monde.

J'ai mentionné brièvement les services d'information et de renvoi. Il n'y a aucune normalisation à l'échelle nationale, qu'elle soit à recommander ou non. Mais l'essentiel c'est que ces services existent. Quant aux services de répit, il peut être extrêmement bon pour les personnes qui dispensent les soins d'être libérées ne serait-ce que pour une nuit ou pour une période plus longue de vacances. Souvent, les soignants doivent s'occuper de tout. Je suis sûre que vous connaissez tous des exemples de cas où la personne qui dispensait les soins est elle aussi tombée malade, et l'on s'est retrouvé avec deux personnes ayant besoin de soins.

Les services de transport. Chaque fois que l'on demande aux personnes âgées de quoi elles ont besoin, elles mentionnent les transports. C'est un service très important. Il faut se mettre à la place d'une personne qui ne peut pas conduire, qui ne peut pas monter les marches de l'autobus parce qu'elles sont trop hautes. Il y a ici à Ottawa des organismes qui fournissent ces services, et nous travaillons en étroite collaboration avec ceux-ci.



[Texte]

The benefits I think are obvious. When the Hon. George Hees was appointed Minister of State for Seniors Affairs last fall, he came to NACA within two days and asked us what we thought about the whole situation. And, of course, we stressed this independent living.

By February—and I think it is amazing for Ottawa to come through so quickly—they had in place the Seniors Independence Program. This is a program similar but not at all like the New Horizons Program, which was very popular with seniors. It is geared to remote parts of the country or to filling in gaps of these services that I have been talking about. So the Seniors Independence Program will be an important contribution to these support services.

I think that the value of these community support services is clear. It seems to me that co-operative approaches to these services are very necessary. We must expand the traditional health promotion idea and improve the ability to function despite disabilities. Again, there are agencies working in that direction.

These linkages of the formal support system with the informal support system are very important. We must link these and we must look after the research gaps; that is the best way to deliver these services. We must consider the links between the health-care requirements and the health care institutions. Are we really linking what we have with what we need?

• 1010

Here in Ottawa, again, we have the Institute for the Health Care Facilities of the Future, and I attend those meetings. So care can be expressed in both dollar terms and humanitarian terms, and I think treatment and care can be given on a rational basis.

For the benefit of the younger people, we have to learn what not to do in our lives. Addictions and stresses are taking a great toll. Older people can plead that we did not know, but younger people cannot plead that any more, and so I think we should just try to have a caring system.

Finally, you need only ask yourselves what kind of supports you will want when you are older. Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Mathews. I will allow two minutes for each questioner, just one question essentially. I hope, Dr. Mathews, you will keep your responses fairly short, too.

**Dr. Mathews:** All right.

**The Chairman:** Mr. McCrossan first, then Mrs. Mitchell, and then Mr. McCuish.

[Traduction]

Il me semble que les avantages sont évidents. Lorsque l'honorable George Hees a été nommé ministre d'État pour le Troisième Âge, l'automne dernier, il est venu au CCNTA deux jours plus tard, et nous a demandé notre avis sur la situation. Bien entendu, nous avons insisté sur l'importance d'une vie indépendante.

En février, et c'est vraiment extraordinaire qu'à Ottawa, les choses puissent se faire si rapidement, le ministère avait créé le Programme d'aide à l'autonomie des aînés. C'est un programme du même type que le Programme Nouveaux Horizons, lequel était extrêmement populaire auprès des personnes âgées. Le nouveau programme est cependant différent en ce qu'il vise les régions éloignées du pays et cherche à pallier les lacunes dans les services que j'ai mentionnés. Le Programme d'aide à l'autonomie des aînés jouera donc un rôle important dans les services de soutien.

Je pense que l'importance des services communautaires d'appoint est évidente. Il me semble qu'il est indispensable d'adopter dans ces services une attitude de coopération. Nous devons promouvoir le concept traditionnel de santé et améliorer notre capacité à fonctionner en dépit d'un handicap. Là encore, il y a des organismes qui travaillent dans ce sens.

Ces liens entre les systèmes d'aide officiels et les appuis non officiels sont très importants. Nous devons faire le lien entre les deux et nous devons pallier les lacunes dans leurs recherches; c'est la meilleure façon d'assurer ces services. Nous devons tenir compte des liens entre les besoins dans le domaine des soins de santé et les établissements de santé. Avons-nous vraiment fait le lien entre ce que nous avons et ce qu'il nous faut?

Encore une fois, ici à Ottawa, il y a l'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, et j'assiste à ces réunions. Les soins peuvent donc être exprimés en termes de dollars et en termes humanitaires, et je pense que les traitements et les soins peuvent être donnés sur une base rationnelle.

Quant aux jeunes, ils doivent apprendre ce qu'il faut éviter de faire dans la vie. Les accoutumances et le stress font des ravages. Les personnes âgées peuvent plaider l'ignorance, mais les plus jeunes n'ont plus cette excuse, il me semble donc que nous devons essayer d'avoir un système compatissant.

Enfin, il suffit que vous vous demandiez quel genre d'aide vous aimeriez avoir quand vous serez plus âgés. Merci.

**Le président:** Je vous remercie, madame Mathews. Je vais accorder deux minutes à chacun, pour poser une seule question. Madame Mathews, je vous demanderais d'être assez brève dans vos réponses.

**Mme Mathews:** D'accord.

**Le président:** Nous allons commencer par M. McCrossan, puis M<sup>me</sup> Mitchell et M. McCuish.

[Text]

**Mr. McCrossan:** Thank you, Dr. Mathews. I think your brief really goes right to the heart of what this committee is trying to look at. We are going to experience the largest age shift ever seen in any country, going from the youngest country in the western world to the oldest.

I notice the statistics you have drawn out with respect to the European experience where there is much more community support, whereas in Canada our thrust is still institutional acute-care support.

What are the financial obstacles that the federal government can help clear up through changes in the Canada Health Act? Right now I see an incentive to people towards institutional care. There is a bias built into the national health system because costs are fully covered if you are treated in institutions, whereas if you are treated at home, there is either no support or little support or means-tested support. It seems to me we have an opportunity to do something that is more cost-effective and that improves the quality of life at the same time. But how do we change the act to give an impetus towards the direction you want to go?

**Dr. Mathews:** The open-endedness, which is often referred to in our health-care system, has to be looked at very closely. I am not suggesting user fees, but I am suggesting—I tried to make it very clear—a rational approach, having geriatric units with a multidisciplinary approach where those in need get the care. In this regard I should say that a medical researcher at the University of Western Ontario has just said there is a group of “well worriers” who are running to the doctor about many things that really are not. . . That is the open-endedness. We must make sure we have some controls.

As far as the older population is concerned, the geriatric units would be a means of controlling the costs.

You are also touching on this familiar problem of the federal and provincial jurisdictions. I have proposed that the federal-provincial people get together and talk about aging. But, of course, it takes a while to get that sort of thing on an agenda and maybe you can influence this. Some of these questions you have raised, which I think are very legitimate, could be discussed when we have federal-provincial meetings.

I believe research is basic to answer many of your questions. We now have researchers across the country looking at the cost-effectiveness. We have people in British Columbia. McMaster University has recently received a lot of funds to go into some of the economic ideas behind health care.

[Translation]

**M. McCrossan:** Merci, madame Mathews. Votre mémoire va droit à l'essentiel de la question qui nous intéresse. Nous allons connaître le changement démographique le plus important du point de vue de l'âge qu'un pays ait jamais connu, et du pays le plus jeune de l'hémisphère occidental, nous allons devenir le plus vieux.

J'ai pris bonne note des statistiques que vous nous avez signalées concernant l'expérience européenne qui s'appuie beaucoup plus que nous sur la communauté, alors que le Canada se concentre encore essentiellement sur les soins de courte durée en milieu institutionnel.

Quels sont les obstacles financiers que le gouvernement fédéral peut contribuer à éliminer par voie de modification de la Loi canadienne sur la santé? Actuellement, on encourage surtout le recours aux soins en milieu institutionnel. Le système de santé national favorise les soins en institution car les coûts de ces soins sont entièrement pris en charge, alors que si vous vous faites soigner à domicile, il n'y a aucune aide, ou elle est minime, ou elle dépend de vos moyens. Il me semble que nous avons la possibilité de choisir une méthode moins coûteuse et qui en même temps ajoute à la qualité de la vie. Mais comment pouvons-nous modifier la loi pour pousser le mouvement dans la direction voulue?

**Mme Mathews:** L'accès total dont on parle souvent à propos de notre régime de soins de santé doit être sérieusement réexaminé. Je ne suggère pas le ticket modérateur, mais—j'ai essayé d'être très claire sur ce point—une approche rationnelle, avec des équipes multidisciplinaires dans des unités gériatriques qui donneraient des soins à ceux qui en ont besoin. À ce propos, je dois signaler qu'un chercheur en médecine auprès de l'Université Western Ontario vient de déclarer qu'il y a un groupe d'«anxieux» qui se précipitent chez le médecin pour des choses qui ne sont pas vraiment. . . C'est ce que nous entendons par l'accès total. Il faut qu'il y ait certains contrôles.

Pour la population âgée, les unités de gériatrie permettraient de contrôler les coûts.

Il y a aussi le problème bien connu des champs de compétence fédérale et provinciale. J'ai suggéré que les représentants des deux niveaux de gouvernement se rencontrent pour parler du vieillissement. Mais, bien entendu, il faut un certain temps pour que ce genre de question vienne à l'ordre du jour et vous pouvez peut-être avoir une influence sur ce plan-là. Un certain nombre des questions que j'ai soulevées, et qui sont à mon avis tout à fait opportunes, pourraient être débattues dans le cadre de réunions fédérales-provinciales.

Je pense que la recherche apportera la réponse à un grand nombre de vos questions. Nous avons actuellement dans tout le pays des chercheurs qui cherchent des solutions rentables. Il y en a en Colombie-Britannique. L'Université McMaster a récemment reçu une somme considérable pour faire de la recherche sur l'aspect économique des soins de santé.



[Texte]

[Traduction]

• 1015

**Ms Mitchell:** Following along the same theme, since we are looking at the overall health-care system in Canada, we have heard that only 10% of the federal money going for health care goes towards community support services and prevention, the kind of things you have been stressing. I think you suggested there should be equal emphasis and caring community supports as well as caring institutional services.

Have you any suggestions as to incentives the federal government could offer to the provinces? Or even stronger than incentives, for example, should the federal government attach some strings to the EPF funding, and then begin to phase in? If it is 10% now, maybe 20% should go, so there is a gradual shift without undermining the present system.

Have you any suggestions also for greater use of paraprofessionals and neighbourhood helpers and team approaches, and less dependency on physicians and the kind of medical model, as far as the community part of services is concerned?

**Dr. Mathews:** To respond quickly to the last question, yes, I think we should be stressing more support, that is training support for the paraprofessionals. This is high on my agenda because I have a background in adult education. As a matter of fact, Mrs. Mitchell, you may be interested in receiving our paper on education. It covers the point you are speaking about.

**Ms Mitchell:** Would you say paraprofessionals, and maybe even homemaking services, should be covered by medicare directly, maybe through a community health clinic, without having to go through a physician?

**Dr. Mathews:** It seems to me there must be some need established. Yes, if that person receiving the care needs it, but on the same note, probably the paraprofessionals should be a little higher on the wage scale. You know that story.

**Ms Mitchell:** Of course.

**Dr. Mathews:** To go back to the question about incentives and EPF, I think some of the policy papers are addressing the problems. For instance, *Achieving Health for All* is a good basic document spelling out what can be done, and Healthy Cities Approach is doing this.

Another document Health and Welfare has is *Shifting the Emphasis*. I do not think I can venture into specific incentives, but I certainly would like to see—I am probably very biased—something in the EPF funding that says, yes, we should have more. Maybe it will come,

**Mme Mitchell:** Dans la même veine, puisque nous parlons maintenant du coût des soins de santé au Canada, on nous a dit que 10 p. 100 seulement des fonds fédéraux consacrés à la santé vont aux services communautaires d'appoint et à la prévention, c'est-à-dire aux genres de solutions que vous préconisez. Il me semble que vous avez dit que l'on devrait accorder autant d'importance aux soins en milieu communautaire qu'aux services institutionnels.

Avez-vous des idées quant aux encouragements que le gouvernement fédéral pourrait offrir aux provinces? Ou en allant même plus loin, le gouvernement fédéral devrait-il, par exemple, progressivement attacher des conditions au financement des programmes établis? Si la part est actuellement de 10 p. 100, peut-être devrions-nous viser 20 p. 100, et prévoir un changement graduel, sans que le système actuel n'ait à en souffrir.

Avez-vous également des suggestions concernant un plus grand recours aux services para-professionnels, aux aides de quartier et aux équipes multidisciplinaires pour diminuer la dépendance à l'égard des médecins et du modèle médical, du point de vue des services communautaires?

**Mme Mathews:** Pour répondre rapidement à votre dernière question, oui, je pense qu'il faudrait insister davantage sur l'aide à la formation des para-professionnels. C'est une de mes priorités, car j'ai de l'expérience dans le domaine de l'enseignement aux adultes. D'ailleurs, madame Mitchell, je pense que le document que nous avons préparé sur le sujet de l'éducation pourrait vous intéresser. On y aborde les questions que vous avez soulevées.

**Mme Mitchell:** Pensez-vous que les services para-professionnels, et même peut-être les services d'aide familiale devraient être pris en charge par l'assurance-santé directement, peut-être par l'entremise des cliniques communautaires, sans qu'il soit nécessaire de passer par un médecin?

**Mme Mathews:** Il me semble qu'il faut d'abord prouver le besoin. Oui, si la personne qui reçoit des soins en a besoin, mais en même temps, les para-professionnels devraient peut-être être un peu mieux payés. Vous connaissez cet aspect-là.

**Mme Mitchell:** Bien sûr.

**Mme Mathews:** Pour en revenir à la question des encouragements et du FPE, je crois qu'il en est question dans certains documents de principe. Par exemple, *La santé pour tous* est un bon document de base décrivant les solutions possibles, et c'est ce que fait «Vers des villes saines».

Il y a un autre document publié par Santé et Bien-être Canada qui est intitulé *Vieillir: vers une nouvelle perspective*. Je ne m'aventurerai pas à recommander des encouragements précis, et je voudrais certainement—et je ne suis probablement pas du tout objective—que l'on



[Text]

because we are spreading the word quite well across the country, and this is what it takes.

**Mr. McCuish:** Doctor, to establish my own bona fide, I have been a pensioner for three weeks now.

**Ms Mitchell:** Congratulations.

**Dr. Mathews:** Welcome to the club. It is good.

**Mr. McCuish:** You mention all these different names for people such as me. My staff refer to me as "mouldy oldy". How does that grab you?

**Dr. Mathews:** Just tell them you are not retired, but you have put on new tires. You are re-tired, and you are going to take off. That is the attitude.

**Mr. McCuish:** You surprise me a bit. It seems to me all the programs you are talking about result from an entirely different... There is a 180-degree attitudinal change over a period of two generations. I do not know where you grew up, but I grew up in the lower middle-class part of Vancouver. If I go back in memory, as I invite you to do, I think you will agree with me that if you think up and down the street, there were very few houses that were not three generational.

• 1020

**Dr. Mathews:** That is correct.

**Mr. McCuish:** Grandpa and grandma always lived with the folks. It does not happen now.

Some municipalities changed their zoning to allow for free-standing small residences on the rear of a single-family property. It is a half-way measure in my view, but still a giant step forward. I think this committee should have the benefit of any information you have on the success or failure ratio of those.

**Dr. Mathews:** It is part of this whole approach. We worked very closely with CMHC. There was a large conference in Halifax in October to look at those very matters.

About the family support, there is no doubt there has been a big change. The mobility of families has been a factor, but Statistics Canada is now engaged in some very good information about informal support systems and things like that. Leroy Stone is the researcher who has taken on much of the aging affairs.

On maximizing choices, Mr. Chairman, would you allow our director to say a few words? Susan Fletcher is very knowledgeable in this field.

[Translation]

attache certaines conditions au financement des programmes établis. Cela viendra peut-être, car nous faisons connaître notre message à travers le pays, et c'est ce qu'il faut.

**M. McCuish:** Docteur, sachez que j'ai droit à ma pension de vieillesse depuis maintenant trois semaines.

**Mme Mitchell:** Félicitations.

**Mme Mathews:** Bienvenue parmi nous. C'est bien.

**M. McCuish:** Vous avez toutes sortes de noms pour décrire les gens de mon groupe. Mes employés m'appellent «le vieux moi». Qu'est-ce que vous en pensez?

**Mme Mathews:** Dites-leur simplement que vous n'êtes pas retraité, mais que vous vous apprêtez à un nouveau départ. C'est l'attitude qu'il faut adopter.

**M. McCuish:** Vous me surprenez un peu. Il me semble que tous les programmes dont vous nous avez parlé viennent d'une différente... Sur deux générations, les attitudes ont complètement changé. Je ne sais pas où vous avez grandi, mais j'ai grandi dans la petite bourgeoisie de Vancouver. Si je me fie à ma mémoire, comme je vous invite à le faire, je pense que vous conviendrez comme moi que dans la rue, il y avait très peu de toits qui n'abritaient pas trois générations.

**Mme Mathews:** C'est exact.

**M. McCuish:** Le grand-père et la grand-mère vivaient avec le reste de la famille. Ce n'est plus le cas actuellement.

Certaines municipalités ont changé leurs règlements pour permettre la construction de petites résidences indépendantes dans les cours arrières de maisons unifamiliales. Ce n'est qu'une mesure partielle à mon avis, mais c'est tout de même un énorme progrès. Je vous demanderais de faire part au Comité de toute information que vous détenez sur le succès ou l'échec de cette formule.

**Mme Mathews:** Cela fait partie de la solution. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec la SCHL. Il y a eu une grande conférence à Halifax en octobre dernier au cours de laquelle ces questions ont été débattues.

En ce qui concerne l'appui familial, il ne fait aucun doute que les choses ont beaucoup changé. La mobilité des familles entre en ligne de compte, mais Statistique Canada commence maintenant à recueillir d'excellentes informations sur les réseaux d'aide non officiels, par exemple. Leroy Stone est l'attaché de recherche qui s'occupe de la plupart des questions concernant le vieillissement.

À propos de la meilleure utilisation possible des choix, monsieur le président, permettez-vous à notre directeur de dire quelques mots? Susan Fletcher est très bien renseignée sur cette question.

[Texte]

**The Chairman:** Yes, but keep it to about one or two minutes. I am sorry, but we have another group waiting.

**Ms Susan Fletcher (Director, National Advisory Council on Aging):** NACA supports maximizing housing choices, including the kind of thing Mr. McCuish mentioned. We have several documents that discuss that issue and I will send them to you.

**The Chairman:** Dr. Mathews, I have a question I am really anxious to get an answer to. I will telephone your office and put it to you.

**Dr. Mathews:** We would be very pleased to have questions from any of the members. Please write to us. We would like your input.

I am sorry I cannot stay because I am very keen on the sensory changes that take place and the fact that our communities do not recognize eyesight and hearing problems.

**The Chairman:** On behalf of the committee, I thank you, Dr. Mathews and colleagues, for being here today. I am sorry we cannot pursue it longer. It is a fascinating topic for discussion. We thank you for your brief and for your elucidation of the questions.

**Dr. Mathews:** Thank you very much.

**The Chairman:** Would the optometrists' group like to come to the table?

**Ms Mitchell:** When do we expect our committee to finish?

**The Chairman:** I am on duty in the House at 11 a.m. I will be leaving, but if the rest of you want to stay, you are quite welcome to hear either of the witnesses longer.

Gentlemen, may I welcome you on behalf of the committee. We appreciate you having supplied us with a brief. Dr. Scott Brisbin, I believe, is the president of the association. Would you care to introduce your colleagues, Dr. Brisbin? We are limited to about 35 minutes, and I am sorry, but you will understand the problem we are faced with here. If you want to go through your brief briefly, highlighting the points that are most important, then we will probably have a few minutes for questions.

[Traduction]

**Le président:** Oui, mais pas plus d'une ou deux minutes. Je suis désolé, mais un autre groupe attend.

**Mme Susan Fletcher (directrice, Conseil consultatif national sur le troisième âge):** Le CCNTA est en faveur de l'élargissement des choix en matière de logement, y compris de la solution qu'a mentionnée M. McCuish. Nous avons plusieurs documents dans lesquels la question est traitée, et je vous les enverrai.

**Le président:** Madame Mathews, il y a une question à laquelle je voudrais vraiment que vous répondiez. Je vous appellerai à votre bureau.

**Mme Mathews:** C'est avec grand plaisir que nous répondrons aux questions des membres du Comité. N'hésitez pas à nous écrire. Votre contribution nous importe.

Je suis désolée de ne pouvoir rester pour la suite car je suis très intéressée par la question des changements sensoriels et par le fait que les difficultés concernant la vue et l'ouïe ne sont pas reconnues dans nos sociétés.

**Le président:** Au nom du Comité, je vous remercie, madame Mathews, ainsi que vos collègues, d'être venues aujourd'hui. Je suis désolé que nous n'ayons pas eu davantage de temps. C'est un sujet fascinant. Nous vous remercions de votre mémoire et des réponses que vous avez données à nos questions.

**Mme Mathews:** Merci infiniment.

**Le président:** Les optométristes sont-ils prêts à venir prendre place?

**Mme Mitchell:** Quand prévoyez-vous finir?

**Le président:** Je suis de garde à la Chambre à 11 heures. Je devrai m'en aller à ce moment-là, mais si vous voulez rester, vous pouvez certainement entendre les témoins plus longuement.

Messieurs, je vous souhaite la bienvenue au nom du Comité. Nous vous remercions de nous avoir fait parvenir votre mémoire. M. Scott Brisbin, je crois, est président de l'association. Monsieur Brisbin, auriez-vous l'obligeance de nous présenter vos collègues? Nous n'avons que 35 minutes environ, et j'en suis désolé, mais j'espère que vous comprendrez notre difficulté. Si vous voulez bien nous donner les points saillants de votre mémoire, nous aurons probablement quelques minutes pour vous poser des questions.

• 1025

**Mr. Gérard Lambert (Executive Director, Canadian Association of Optometrists):** Mr. Chairman, thank you and good morning, ladies and gentlemen. My name is Gérard Lambert and I am the Executive Director of the Canadian Association of Optometrists, a position I have held for five years. Prior to that I was a practising administrator for 20 years in health-related professional organizations including hospital administration in central and western Canada.

**M. Gérard Lambert (directeur général, Association canadienne des optométristes):** Merci, monsieur le président; bonjour, mesdames et messieurs. Je m'appelle Gérard Lambert et je suis directeur général de l'Association canadienne des optométristes, poste que j'occupe depuis cinq ans. Auparavant, j'ai été pendant 20 ans administrateur dans des organismes professionnels de soins de santé, y compris dans des hôpitaux dans le centre et l'ouest du pays.



[Text]

With me are Dr. Scott Brisbin, President of the Canadian Association of Optometrists, a practising optometrist from Edmonton, Alberta, who has been involved in the politics of vision-care delivery in Canada for over 20 years, and Dr. Emerson Woodruff, an optometrist who holds a Ph.D. degree in physiological optics and a professor and former Dean of the School of Optometry, University of Waterloo. His research in visual epidemiology is directed towards uncovering causes of vision and sensory deficits so that preventive initiatives can be applied from infancy to old age.

I understand, Mr. Chairman, that we have approximately 35 minutes allocated. In addition to the brief previously distributed we have submitted to you this morning a copy of *The Role of the Optometrist*, as it appears recently in the *Canadian Journal of Optometry*.

Following a brief presentation from our President, Dr. Scott Brisbin, we would be pleased to field questions from committee members.

**Dr. Scott Brisbin (President, Canadian Association of Optometrists):** Thank you, Gérard. Mr. Chairman and members of the committee, I think it is very appropriate that we follow today the National Advisory Council on Aging. Dr. Mathews made a number of points about the need for a team approach, for greater emphasis on the continuum of care that involves the preventive aspects of health care and the community-based versus hospital-based types of care. A great deal of our brief and the view of our association on the direction we feel health care in Canada should be going coincides very closely with the points you have just heard.

In the supplementary notes to the recommendations that we made in our brief, there is a general role description for the optometric consultant, which is the first recommendation we made. I think I will not go through things like that. I will assume you can refer to them afterwards and I think I will limit what I am going to say in terms of introductory remarks simply to going through the recommendations and making a few augmenting comments. Then I will open it up for questions so we can get as much dialogue going as we can.

The first recommendation is that the appointment of an optometric consultant to the Ministry of National Health and Welfare be considered so the delivery of vision and eye care services in Canada can be assessed and monitored in order to identify inadequacies and to propose alternatives to the existing delivery system.

Now, I think there is a precedent for such a consultant in other health-care disciplines. As a matter of fact in Ontario, where they designate five senior health-care professions, optometry is the only one of those five senior professions—medicine, dentistry, nursing, pharmacy, and optometry—without a consultant within the Department of National Health and Welfare. We believe that an optometric consultant is essential in order to co-ordinate

[Translation]

Je suis accompagné du D<sup>r</sup> Scott Brisbin, président de l'Association canadienne des optométristes, qui exerce la profession d'optométriste à Edmonton en Alberta et qui s'occupe des questions relatives aux soins opculo-visuels au Canada depuis plus de 20 ans. M'accompagne aussi le D<sup>r</sup> Emerson Woodruff, optométriste détenteur d'un doctorat en optique physiologique, professeur et ancien doyen de la Faculté d'optométrie de l'Université de Waterloo. Ses travaux en épidémiologie visuelle cherchent à découvrir les causes des déficiences visuelles et sensorielles pour permettre l'application de mesures préventives du premier au troisième âge.

Je crois savoir, monsieur le président, qu'environ 35 minutes nous sont allouées. Outre le mémoire qui vous a déjà été remis, nous vous avons distribué ce matin un exemplaire de l'article intitulé *Le rôle de l'optométriste*, tel qu'il a paru récemment dans la *Revue canadienne d'optométrie*.

Après un court exposé du président, le Dr Scott Brisbin, nous serons heureux de répondre aux questions des membres du Comité.

**M. Scott Brisbin (président, Association canadienne des optométristes):** Merci, Gérard. Monsieur le président et membres du Comité, il est tout à fait à propos que notre comparaison suive celle du Conseil consultatif sur le troisième âge. Le D<sup>r</sup> Mathews a présenté un certain nombre d'arguments sur la nécessité d'adopter une approche pluridisciplinaire et de mettre davantage l'accent sur l'intégralité des soins de santé, à commencer par la prévention jusqu'aux cliniques communautaires et aux hôpitaux. On verra beaucoup de recoupement entre ce qui vient d'être dit et la position adoptée par notre association dans son mémoire.

Dans les notes qui accompagnent les recommandations contenues dans notre mémoire, on lira une description générale du rôle du consultant en optométrie, dont la nomination constitue notre première recommandation. Je ne vous en donnerai pas lecture. Libres à vous de vous y reporter plus tard. Je vais me contenter d'énumérer les recommandations en y ajoutant quelques observations. Je répondrai ensuite à vos questions de manière à consacrer le plus de temps possible à un dialogue.

La première recommandation est que l'on étudie la possibilité de nommer un consultant en optométrie auprès du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et qu'il soit chargé d'évaluer et de surveiller la prestation des soins opculo-visuels au Canada afin d'en relever les déficiences et de proposer des solutions de rechange au régime actuel.

Il existe déjà un consultant de ce genre dans d'autres disciplines médicales. En fait, en Ontario, où cinq professions médicales de première importance sont reconnues, l'optométrie est la seule des cinq—médecine, dentisterie, nursing, pharmacie et optométrie—qui ne soit pas représentée par un consultant au sein du ministère de la Santé nationale. Nous estimons qu'il doit y avoir un consultant en optométrie pour coordonner de la façon la



[Texte]

the most effective way of fulfilling the unmet needs in the area of vision care for Canadians.

Recommendations number two and three deal with some of the fundamental inequities built into the present system, which are impediments to achieving the most cost-effective and highest-quality vision-care delivery system possible.

Recommendation number two states that the federal Ministry of Health and Welfare should guarantee the reimbursement under the provincial health care insurance plans of the full range of optometric services and that further, to conform with the federal government's definition of insurable services as defined in the Canada Health Act, the federal Ministry of Health and Welfare do what must be done to ensure that the provincial governments continue to provide the full ranges of optometric vision and eye-care services as medically required under their health insurance plans.

• 1030

The third recommendation is that the federal Department of National Health and Welfare encourage Canada's provincial governments to reimburse vision and eye care providers based upon the service provided rather than on the basis of the professional from whom the services are received.

**Ms Mitchell:** Can you explain that one?

**Dr. Brisbin:** If you like, I could do that now or I could go back following this.

**The Chairman:** I think we had better continue.

**Dr. Brisbin:** The fourth recommendation and those that follow are essentially addressing some of those unmet needs I referred to earlier. Recommendation number four is that the Government of Canada support the expansion and promotion of existing optometric low-vision centres and the foundation and operation of low-vision clinics.

Five is that the Government of Canada investigate ways and means by which the integration of optometrists in the public health institutions in Canada can and may be implemented.

Six is that the Government of Canada in consultation with the various provincial governments and appropriate optometric vision specialists commission a study on ways and means to expand available technology in various provincial locations so that the proven benefits to the aged, to the very young and all other segments of the Canadian population can be realized from such technology.

Seven is that the Government of Canada, in co-operation with the provinces, take steps to establish vision screening programs in daycare centres to identify children

[Traduction]

plus efficace qui soit les efforts destinés à répondre aux besoins qui restent à combler dans le domaine des soins opculo-visuels dispensés aux Canadiens.

Les recommandations deux et trois portent sur les inégalités inhérentes au régime actuel, lesquelles nuisent à la mise sur pied d'un régime de soins opculo-visuels de la plus haute qualité au meilleur coût possible.

Nous proposons dans la recommandation numéro deux que le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être garantisse le remboursement, dans le cadre des régimes d'assurance-santé provinciaux, de toute la gamme des services optométriques, et que, de plus, pour se conformer à la définition du gouvernement fédéral des services de santé assurés donnée dans la Loi canadienne sur la santé, le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être fasse ce qu'il faut pour que les gouvernements provinciaux continuent d'offrir la gamme complète des services optométriques et opculo-visuels «médicalement nécessaires» en vertu de leur régime d'assurance-santé.

La troisième recommandation est que le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être encourage les gouvernements provinciaux à rembourser les frais des soins opculo-visuels en fonction des services rendus plutôt qu'en fonction des professionnels qui les dispensent.

**Mme Mitchell:** Pourriez-vous m'expliquer cette recommandation?

**M. Brisbin:** Si vous le voulez. Je pourrais vous répondre maintenant ou après mon exposé.

**Le président:** Je pense qu'il vaut mieux continuer.

**M. Brisbin:** La quatrième recommandation et celles qui suivent portent essentiellement sur les besoins qui restent à combler dont j'ai parlé tout à l'heure. La quatrième recommandation propose que le gouvernement du Canada supporte l'élargissement et la promotion des soins optométriques de basse vision existants ainsi que l'établissement et l'exploitation des cliniques de basse vision.

La cinquième: que le gouvernement du Canada recherche des voies et moyens pour réaliser l'intégration des optométristes dans les établissements publics de soins de santé.

La sixième: que le gouvernement du Canada, en consultation avec les gouvernements provinciaux et des optométristes spécialistes de la vue, commandent une étude sur les voies et moyens de répandre dans diverses localités provinciales les techniques disponibles afin que les personnes âgées, les nourrissons et tous les autres groupes de la population canadienne puissent en tirer tous les avantages éprouvés.

Numéro sept: que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, prenne des mesures pour établir des programmes de dépistage des maladies de la

[Text]

who are visually at risk and that the provisions be made for such a program for the education of parents so as to reduce the prevalence of blinding traumas among young children.

Recommendation number eight, the final one, is that National Health and Welfare's Medical Services Branch be empowered to add optometric personnel to its professional staff to provide quality vision care to native Canadians in remote communities.

As I mentioned, you also have before you a document entitled *The Role of the Optometrist in the Canadian Health Care System*. Experience has taught me over the last 20 years that not everyone is exactly 100% sure what an optometrist is and also how we can best contribute to the health care team. If there are any doubts in anyone's mind, I think you will find that information will help clarify the issue.

We are a very young profession. Over 50% of optometrists in this country graduated since 1968. We are also a profession in evolution. We are constantly evolving and so is health-care delivery in this country. That is why we are here. We see ourselves as a very vital part of the partnership of health-care providers for Canadians in the years to come. We are committed to do what we can to ensure that Canadians continue to receive the quality of health care they deserve at a cost they can afford.

Mr. Chairman, that is the extent of my introductory remarks. We would welcome any questions that you or any of the members may have.

**The Chairman:** Thank you very much.

**Ms Mitchell:** Looking at your recommendations, the theme that seems to go through most of them is access to your type of service. To what degree are optometric services available at the front-line community level? I am thinking of community health clinics and schools from a preventive point of view. I like your suggestion about daycare. I think it is a great idea.

**Dr. Brisbin:** Optometrists are involved at a number of levels, but I suppose the best way of describing it is not to the extent that we feel there should be. There are instances where optometrists have been very much in the front lines. A good example of a screening program—Dr. Woodruff is one of the prime movers in this—occurred in New Brunswick with pre-school children. Every grade one child in the province of New Brunswick was screened and it gave a tremendous base from an epidemiological standpoint for a great deal of information about the visual deficits and the problems of the young. As a result we felt it was a very valuable service.

Unfortunately that particular program has been cut by the New Brunswick government. Yet it went on for a number of years and we feel that it played a very valuable role. There are not that many community health-care

[Translation]

vue dans les garderies afin de découvrir les enfants dont la vision présente des risques et que des mesures soient prises dans ces programmes pour éduquer les parents de façon à réduire la prévalence de la cécité chez les enfants.

Huitième et dernière recommandation: que la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé et du Bien-être soit autorisée à adjoindre du personnel optométrique à son personnel professionnel afin d'offrir des soins visuels de qualité aux autochtones vivant dans les collectivités reculées.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, vous avez aussi sous les yeux un document intitulé *Le rôle de l'optométriste dans la dispensation des soins de santé au Canada*. L'expérience des vingt dernières années m'a appris que bien des gens ne savent pas avec exactitude ce que fait un optométriste, ni comment il peut le mieux apporter sa contribution à l'équipe des soins de santé. Si vous voulez obtenir des éclaircissements, je suis certain que ce document saura répondre à vos questions.

Notre profession est très jeune. Plus de 50 p. 100 des optométristes canadiens ont reçu leur diplôme après 1968. Il s'agit aussi d'une profession en pleine évolution, à l'instar du système des soins de santé du pays. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici. À nos yeux, nous constituons un élément essentiel de la fraternité qui unit les fournisseurs de soins de santé au Canada. Nous sommes résolus à faire tout ce que nous pouvons pour veiller à ce que les Canadiens continuent dans les années à venir à recevoir les soins de santé de qualité auxquels ils ont droit à un prix qui ne dépasse pas leurs moyens.

Monsieur le président, c'est là-dessus que s'achèvent mes observations. Nous serons ravis de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

**Mme Mitchell:** Le fil conducteur qui relie vos observations, il me semble, c'est l'accès aux services optométriques. Dans quelle mesure sont-ils accessibles en première ligne, je veux dire dans les cliniques communautaires et les écoles, à des fins de prévention? J'ai aimé ce que vous avez dit à propos des garderies. Ça me semble être une excellente idée.

**M. Brisbin:** Les optométristes interviennent à divers niveaux, mais pas autant que cela devrait être le cas, à notre avis. Dans certains cas, les optométristes ont effectivement été en première ligne. Je prends pour exemple le programme de dépistage—dont le Docteur Woodruff a été l'un des principaux artisans—qui a été mené au Nouveau-Brunswick auprès d'enfants d'âge scolaire. Tous les enfants de la première année au Nouveau-Brunswick ont subi un test, ce qui a permis de constituer une base de données épidémiologiques remarquable sur les déficiences et difficultés visuelles des jeunes. Ce service a été inestimable, à notre avis.

Malheureusement, ce programme a été supprimé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Pourtant, pendant des années il a été d'une très grande utilité. Il n'y a pas encore beaucoup de centres de santé communautaires au



[Texte]

centres in this country yet, not as many as we feel there should be. Optometrists have been involved in a number of those, so that we are distributed.

• 1035

We also happen to be in the vision care field. We supply over 70% of the primary vision care in this country. As a matter of fact, 90% of the primary vision care to Saskatchewan residents is provided by optometrists. So in that province or in any province, we represent the majority of primary provision of diagnostic vision care, "primary" being first contact as opposed to secondary or tertiary, where they are referred by another health-care practitioner.

**Ms Mitchell:** Going back to that New Brunswick study, what percentage of the children had visual problems? Was there intervention to try to treat this or prevent further problems?

**Dr. Emerson Woodruff (Consultant, Canadian Association of Optometrists):** Fourteen percent of the grade one population in the fall of 1982 had problems that required attention. The nurse program that this program superseded had been referring about 7%. The nurse is capable, but in some areas she has no tools. It is not that she is inefficient or not trained; it is just that she has no tools to detect astigmatism or farsightedness. So it was not a fault of nursing; it was simply inadequacy of available tools. The program uncovered that and the rates fell because of the educational effect. They fell to about 10% for the 5 years after that first year.

I am speaking of the educational effect upon the parents and the other siblings in the home. In other words, more children appeared at the screening program after the program was installed simply because parents became aware that younger children could be accessed. Had the program been in for kindergartens, it would have moved down in age. The reason for our idea with the new daycare centre program is that you can then access children anywhere from early infancy through age five. That is the best time to prevent sensory deficit. There is excellent physiology on that, showing that you can prevent many behavioural problems.

There has just been a study in correctional services by a member of the faculty of criminology at the University of Ottawa saying that vision deficits no doubt play a large part in delinquency. Consequently they have suggested in that study that early screening would detect those problems and possibly prevent children from having problems in learning and behaviour later on in life. I think there is wide literature on that. We have supplied references with the brief, and many of the references,

[Traduction]

Canada, en tout cas pas autant qu'il devrait y en avoir selon nous. Des optométristes ont travaillé dans certains d'entre eux, si bien que nous sommes présents un peu partout.

Nous sommes aussi présents dans le domaine des soins opculo-visuels. Nous dispensons plus de 70 p. 100 des soins opculo-visuels primaires au pays. En fait, la proportion est de 90 p. 100 dans le cas des résidents de la Saskatchewan. Dans cette province et ailleurs, nous sommes les premiers dispensateurs de soins de diagnostics primaires, ce qui désigne le premier contact du client avec un praticien.

**Mme Mitchell:** En ce qui concerne cette étude au Nouveau-Brunswick, quel était le pourcentage d'enfants qui souffraient de déficiences visuelles? Est-on intervenu pour traiter ces déficiences ou empêcher que d'autres troubles ne se développent?

**M. Emerson Woodruff (consultant, Association canadienne des optométristes):** Quatorze p. 100 des écoliers de première année, à l'automne de 1982, souffraient de troubles qui exigeaient d'être corrigés. Le programme de visites par une infirmière que ce programme a remplacé décelait des troubles chez 7 p. 100 des écoliers. L'infirmière est compétente, mais souvent elle n'a pas les instruments nécessaires. Elle ne manque ni de compétences ni de formation, elle n'a tout simplement pas les appareils lui permettant de détecter l'astigmatisme ou la myopie. L'infirmière n'était donc pas à blâmer, c'est le manque d'appareils qui l'était. C'est ce que le programme a révélé et, par la suite, le taux a baissé grâce à l'effet d'entraînement. Il est passé à environ 10 p. 100 dans les cinq ans qui ont suivi le premier dépistage.

Je parle de l'effet d'entraînement sur les parents et les frères et sœurs à la maison. En effet, plus d'enfants se sont présentés au dépistage après le lancement du programme parce que les parents s'étaient rendu compte que le programme était accessible aux enfants plus jeunes. S'il avait été accessible aux enfants des maternelles, une population plus jeune aurait été visée. La beauté du nouveau programme de garderie c'est qu'il permet de voir des enfants en bas âge jusqu'à l'âge de cinq ans. C'est le moment optimum pour prévenir les déficiences sensorielles. Il existe d'excellentes études physiologiques sur la question qui montrent que l'on peut empêcher un grand nombre de troubles de comportement.

Une étude menée en milieu carcéral par un professeur de criminologie de l'Université d'Ottawa vient de montrer que les déficiences visuelles jouent certainement pour une grande part dans la délinquance. L'étude laisse donc entendre qu'un dépistage précoce permettrait de déceler ces troubles et peut-être d'éviter que ces enfants ne connaissent des troubles d'apprentissage ou de comportement plus tard. Une vaste documentation existe sur le sujet. Le mémoire comprend une bibliographie,



*[Text]*

including the New Brunswick study, form part of that to which we have referred.

**Dr. Brisbin:** Certainly the emotional aspect, which Dr. Woodruff touched on, is a very important part in accelerating the preventative part of health care that we feel is so important. That particular study in New Brunswick did two other things, beyond preventing problems for the children it studied. It provided a tremendous amount of data, for example, on smoking, the effects of smoking on pregnant mothers and how it affected the children and their visual problems as a result. There were all kinds of preventive side-effects to the program.

• 1040

The same mobile vision clinic that was part of this program in the summer months also dealt with seniors. They went around to the various seniors' homes and came up with some tremendous statistics there. Along with helping the individuals, they really had some dramatic data. They discovered, as an example, that 41% of seniors in institutional care were candidates for low-vision therapy. That means they had visual acuity of less than 20:70. They were low vision or partially blind, if you like.

The vast majority of them could have been prevented or dealt with but nobody was there to do it. It is not just a matter of having the seniors come into the community. I think practitioners and programs like this have to get out there and help the people in the institutions when they cannot move.

**Ms Mitchell:** That should be thought about.

**Mr. McCrossan:** You refer to the dispute between medical doctors who are eye specialists and optometrists in terms of reimbursement of fees. You also refer to the percentage in Saskatchewan of primary care given by optometrists. Do any of the provinces now reimburse optometrist services?

**Dr. Brisbin:** Most reimburse to some extent. There is a wide variety and there are greater variations this year than there have ever been in the past, I believe.

**Mr. McCrossan:** Could you expand on it, please?

**Dr. Brisbin:** A good example is what is happening in Alberta where they have taken another innovative approach to the cutting of costs within the health-care system. They have made an arbitrary decision there as to what services are medically necessary. This to our information seems to be perhaps a flaw in the Canada Health Act that it leaves a loophole for the provinces to decide what services are in fact medically necessary. They have made the decision that primary vision care is not a medically necessary service. As a result they de-insured the citizens of Alberta for basic vision exams, if they are between the ages of 19 and 64.

*[Translation]*

notamment sur l'étude du Nouveau-Brunswick, qui atteste ce dont je viens de parler.

**M. Brisbin:** Il est certain que l'aspect émotif dont le docteur Woodruff a parlé est très important dans les efforts de prévention qui sont si importants à nos yeux. L'étude du Nouveau-Brunswick a non seulement permis de prévenir des troubles chez les enfants étudiés, mais elle a aussi permis de réaliser deux autres choses. Elle a permis d'accumuler une somme remarquable de données sur les effets du tabagisme sur les femmes enceintes et sur les troubles visuels dont sont victimes leurs enfants. Le programme avait quantifié d'effets secondaires bénéfiques.

La clinique mobile d'optométrie de ce programme a aussi été offerte aux personnes du troisième âge pendant les mois d'été. Les optométristes se sont rendus dans divers hospices et ont recueilli quantité de statistiques. Ils ont non seulement aidé ces personnes, mais ils ont aussi recueilli des données spectaculaires. Ils ont découvert, par exemple, que 41 p. 100 des personnes âgées vivant en hospice pouvaient tirer profit de soins pour basse vision. Cela signifie que leur acuité visuelle était inférieure à 20:70. Ils souffraient de basse vision ou de cécité partielle.

La grande majorité de ces cas auraient pu être prévenus ou soignés, mais personne n'était là pour s'en occuper. Il ne s'agit pas seulement de faire sortir les personnes âgées; il faut que les praticiens aillent sur place les aider s'il ne leur est pas possible de sortir de l'hospice.

**Mme Mitchell:** Cela mérite réflexion.

**M. McCrossan:** Vous avez parlé du différend qui oppose les médecins oculistes et les optométristes pour ce qui est du remboursement des honoraires. Vous avez aussi parlé du pourcentage de soins primaires dispensés par les optométristes en Saskatchewan. Les provinces remboursent-elles actuellement les optométristes de leurs services?

**M. Brisbin:** La plupart, dans une certaine mesure. Cela varie beaucoup et les écarts sont encore plus grands cette année qu'ils ne l'étaient auparavant, je crois.

**M. McCrossan:** Pourriez-vous nous en dire un peu plus long?

**M. Brisbin:** Un bon exemple est ce qui se passe en Alberta. La province vient d'innover à nouveau pour faire baisser les coûts du système de soins de santé. Elle a décidé arbitrairement de ce qui constituait un service «médicalement nécessaire». D'après l'information que nous avons, il pourrait s'agir d'une lacune de la Loi canadienne sur la santé en ce sens que les provinces sont libres de déterminer quels services sont médicalement nécessaires. L'Alberta a statué que les soins opculo-visuels primaires ne constituaient pas un service médicalement nécessaire. Les examens de la vue courants ne font donc plus partie des services assurés des Albertains âgés de 19 à 64 ans.

[Texte]

It is an interesting type of age discrimination, I guess, contrary to what Dr. Mathews has no doubt experienced within her organization, that the people between 19 and 64 really are not considered first-class citizens in one respect in Alberta because they are not covered.

**Mr. McCrossan:** This is a sort of annual check-up type of—

**Dr. Brisbin:** This is any type of vision examination, unless you can prove basically in advance that there is a pathological condition going on. It has been in effect now since last July 31. As a result I can tell you that we are already seeing the early signs of what happens when you discourage preventive care.

A good example is contact-lens patients who no longer come in until they have symptoms severe enough to drag them in. Before, they would have come in for their annual care as they should have. If you found something early, such as blood-vessel growth into the cornea because they had improperly been caring for the lenses or something, you could do something about it well in advance of the problem becoming more severe.

They are not coming in to the same extent any more. For example, the most prevalent type of glaucoma is symptom-free until it is so well advanced that it is basically too late to do anything about it. You have to catch it long before the patient is aware of any symptom. If you have put deterrents in the system for ongoing diagnostic care or primary care that bring the patient in only when there is a symptom that will trigger that visit, then you have increased the cost in the long run, not only because the secondary care involved is more costly, but also, if it has reached the point where no amount of secondary care will really help that patient, because they have become far less useful—if useful at all—within the community. This is perhaps even the greatest cost in the long run.

• 1045

**Mr. McCrossan:** Which provinces would fully reimburse care by an optometrist? Would there be any?

**Dr. Brisbin:** Yes. I guess you have to define “fully reimburse”. They will reimburse a basic examination in most provinces. In others they have taken a more blanket approach and said that if there are supplementary services, which you are entitled to provide, they will give you a secondary fee which is for a partial exam—you can add in what services are involved there—and another one for a single procedure. That seems to be the more common route for providing a whole range of diagnostic services for optometrists and optometric services.

I am from Alberta and am familiar with their fee schedule. There are 26 diagnostic fee-code items for which ophthalmology is paid. Optometry is also legally provided and licensed to provide. Yet optometry, even for those under 18 and over 65, is still paid a single fee-code item for a basic examination. When they perform these other

[Traduction]

Voilà un cas intéressant de discrimination fondée sur l'âge, à l'opposé de ce que le D<sup>r</sup> Mathews a sans doute rencontré au sein de son organisme. Les citoyens âgés de 19 à 64 ans ne sont plus des citoyens de première classe en Alberta puisqu'ils ne sont plus assurés.

**M. McCrossan:** Il s'agit d'une sorte d'examen annuel. . .

**M. Brisbin:** Il s'agit de tout type d'examen de la vue, à moins que l'on puisse prouver à l'avance l'existence d'un trouble pathologique. Cela est maintenant en vigueur depuis le 31 juillet dernier. Nous voyons déjà des signes de ce qui arrive lorsque l'on met un frein aux soins préventifs.

Prenez le cas du porteur de verres de contact qui ne se présente plus à moins que des symptômes ne l'y forcent. Auparavant, il se serait présenté à l'examen annuel recommandé. Si une anomalie est découverte assez tôt, une croissance des vaisseaux sanguins dans la cornée causée par un mauvais entretien des lentilles, par exemple, il est possible d'intervenir bien avant que le trouble ne s'aggrave.

Les gens ne se présentent plus aussi souvent qu'avant. Par exemple, le type de glaucome le plus courant ne s'accompagne d'aucun symptôme jusqu'au jour où il est si avancé qu'il est trop tard pour y faire quoi que ce soit. Il faut le déceler bien avant que le malade ne constate des symptômes. Si le régime dissuade les malades de se faire diagnostiquer régulièrement ou d'obtenir des soins de base et si le malade ne se présente que s'il souffre de symptômes, c'est le coût à long terme qui est augmenté non seulement parce que les soins secondaires sont plus coûteux mais aussi parce que s'il est trop tard le malade risque de ne plus pouvoir rendre service du tout à la collectivité. Le prix le plus lourd c'est peut-être celui-là, à long terme.

**M. McCrossan:** Quelles provinces rembourseraient intégralement les soins d'un optométriste? Y en a-t-il?

**M. Brisbin:** Oui. Il faut voir ce que vous entendez par «rembourser intégralement». La plupart des provinces remboursent les frais pour un examen de base. Par contraste, d'autres provinces ont accepté de rembourser des honoraires additionnels au titre de soins autorisés, c'est-à-dire pour un examen partiel et une autre procédure. Cela semble être la formule choisie pour la prestation de toute une gamme de services de diagnostic et d'optométrie.

Je suis de l'Alberta et je connais bien le barème de cette province. Il y a 26 actes de diagnostic en ophtalmologie qui sont payés. Les soins d'optométrie sont aussi fournis légalement par des praticiens agréés. Or, les soins d'optométrie, même ceux assurés aux personnes de moins de 18 ans et de plus de 65 ans, continuent d'être



## [Text]

25 services, they must bill the patient directly. There is an inequity there.

**Mr. McCrossan:** I go back to your recommendations seven and eight about early detection. Is there a significant advantage in detecting people in grade one and detecting them at age three or four?

**Dr. Brisbin:** Yes, very definitely.

**Mr. McCrossan:** Can you outline what that is because I have no idea what it is?

**Dr. Woodruff:** The brain is showing tremendous developmental growth during the first five years of life and the visual system is fairly well formed. The eye itself, just the globe, is about two-thirds of its adult size at birth: the greatest amount of development of the neuro system. The eye is simply an out-pouching of the brain. The forebrain in foetal life gives off two buds which become cups that form the retina of the eye. All the connections forming from those cells that form the retina of the eye and the brain cells in the visual cortex develop during that time and develop their connections.

The condition amblyopia, also termed lazy eye, has nothing to do with the eye being lazy. It is an eye that is well physically, but does not communicate with the brain cells adequately to form a perception of space and form. The end result is that unless those cells have... A physiologist at Cambridge University wrote an article that sums it up in the title. He said the brain needs the eye to develop. It is a classic paper in the *Journal of Nature*. That is the case.

Since development is occurring at a high rate during that time, it is when you can most effectively intervene to prevent a lifelong loss of real visual function. The eye itself is not sick. If you like to put it in the vernacular, its connections do not form and therefore it cannot communicate the information we need to co-ordinate the sight of the two eyes. One eye has effectively a lost function.

If you can get children in that age group, I would like to mention something I think stimulated us. Two years ago this summer I had the opportunity to go, at the request of a daycare centre, to look at the children of battered women. There were 66 children in this and there were about 62 mothers, all of whom were abused and most of whom were on welfare. Two-thirds of them were heavy smokers. The rate among children who come from these women on welfare was 30% as compared to 14% of New Brunswick children who were older. All these children were five and under, from infancy, about three months of age, and up

We examined them very thoroughly and we examined their mothers. There was no indication that the heredity

## [Translation]

rémunérés au tarif autorisé pour l'examen de base. Quand les praticiens dispensent les 25 autres services, ils doivent facturer directement le patient. Il y a là une injustice.

**M. McCrossan:** J'aimerais revenir à vos recommandations 7 et 8 sur le dépistage précoce. Le dépistage dès la première année comporte-t-il des avantages appréciables par rapport au dépistage chez les enfants de trois ou quatre ans?

**M. Brisbin:** Oui, absolument.

**M. McCrossan:** Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est cet avantage, puisque je ne m'y connais pas du tout?

**M. Woodruff:** Pendant les cinq premières années de la vie, le cerveau se développe à un rythme très rapide et le système visuel est déjà assez bien formé. La taille de l'oeil lui-même, c'est-à-dire le globe, atteint dès la naissance les deux tiers de la taille de l'oeil à l'âge adulte: c'est là que le système neurologique est le plus développé. L'oeil est une simple évagination du cerveau. Au stade foetal, il y a formation dans le cerveau antérieur de la sclérotique et de la choroïde qui forment la rétine de l'oeil. Tous les raccords qui se forment à partir des cellules formant la rétine de l'oeil et des cellules du cerveau dans le cortex visuel se développent à ce stade de la croissance.

On parle parfois de paresse de l'oeil pour désigner l'amblyopie, mais la paresse n'y est pour rien. L'oeil n'a aucune lésion apparente, mais son défaut de communiquer avec les cellules du cerveau l'empêche de percevoir l'espace et les formes. Il en résulte que si les cellules n'ont pas... Un physiologiste de l'Université Cambridge a rédigé un article dont le titre résume bien la chose. Il a dit que le cerveau a besoin de l'oeil pour se développer. Il s'agit d'une étude classique dans *Journal of Nature*. C'est exactement le cas.

Puisque le développement survient à un rythme très élevé à ce stade-là, c'est le moment tout indiqué pour intervenir de façon efficace pour empêcher la perte irrémédiable de la fonction visuelle réelle. L'oeil lui-même est parfaitement en santé. Nous dirions, dans le jargon, que les raccords ne se font pas et que l'oeil ne peut donc pas communiquer l'information nécessaire pour coordonner la vision des deux yeux. L'un des deux yeux a perdu une fonction.

Si nous réussissons à faire le dépistage chez les enfants de ce groupe d'âge... J'aimerais mentionner un fait qui nous a stimulés. Il y a deux ans, à l'été, je me suis rendu examiner les enfants de femmes battues à la demande d'une garderie. J'ai rencontré 66 enfants et 62 mères victimes de violence, dont la plupart vivaient de prestations de bien-être social. Les deux tiers des mères fumaient beaucoup. Le taux de troubles de la vue était de 30 p. 100 pour les enfants de mères vivant du bien-être, comparativement à 14 p. 100 pour les enfants plus âgés du Nouveau-Brunswick. Tous ces enfants étaient âgés de cinq ans ou moins... Dès la tendre enfance, dès l'âge de trois mois...

Nous leur avons fait, ainsi qu'à leurs mères, un examen très poussé. Rien ne nous permettait de croire que



## [Texte]

of the mothers was playing any effect, but 30% of these children had correctible vision deficits at that age. Most of them have responded to the care. To answer the latter part of your question, the care you can render at that age sometimes will be the key to providing the child with full visual capabilities for the rest of his life. It is not impossible beyond six years of age, but it becomes more difficult, more costly in time and professional applications and materials to provide care that will correct many of those conditions.

• 1050

One of my graduate students and I looked at a group of retarded children. We had 300 in our sample. We segregated them. We had permission from a human research study to delay care for about three months for a sample. Nobody would have cared for them had we not gone into the institutions, the schools and the ARC centres where retarded adults are working. We have shown that by correcting their visual deficits, in the initial instance within three months, the group's productivity in the ARC centres had risen and in the younger children behaviour was changed. There was none of the behavioural. We did not do the measuring. On our committee we had a behavioural psychologist and he trained the measurers who mainly were psychologists working in some of the provincial schools and institutions.

So vision enters into every aspect of human behaviour. Consequently, we have done the same studies of the deaf. In deaf children there was a 55% rate of vision deficits among the three schools for the deaf in Ontario. Yet all of these are poorly cared for under the present system. Part of our suggestion that optometrists be given access to institutions, including the hospitals and the institutions for children with all kinds of deficits, is because we have data that provides us with a base showing the need there.

We must not forget the Indian children. For 10 years, because I was chief of clinics at the time, I operated programs to the Indians in Ontario, Manitoba and Saskatchewan. The rate for myopia, or near-sightedness, among Indian children was over two-thirds by the time they are 13 and 14 years of age. Yet that program was done for 11,000 children per year. It was costing about \$150,000 a year for the Ontario section, not including the transportation costs in the north, but the actual cost of the personnel and the motions throughout the south in vans. That was discontinued in 1980 as a cost-saving measure by the Medical Services Branch. The program is now sporadic; a few volunteers go in. So the Indian peoples have been short-changed across the country, as far as vision care is concerned.

## [Traduction]

l'hérédité ait été un facteur, mais 30 p. 100 de ces enfants avaient déjà des déficiences visuelles corrigibles. Pour la plupart d'entre eux, les soins ont donné de bons résultats. Pour répondre à la dernière partie de votre question, je dirais que les soins que nous pouvons donner aux enfants de cet âge permettent souvent de rétablir entièrement leurs capacités visuelles jusqu'à la fin de leur vie. La correction de nombre de ces affections n'est pas impossible après l'âge de six ans, mais cela devient plus difficile et plus onéreux en termes de temps et en termes d'interventions et de matériel professionnels.

J'ai réalisé avec l'un de mes étudiants de deuxième cycle une étude auprès d'enfants retardés. Notre échantillon comprenait 300 sujets. Nous les avons séparés. Nous avons obtenu des autorités compétentes la permission de retarder de trois mois les soins à apporter à une partie de l'échantillon. Personne ne leur aurait dispensé de soins si nous ne nous étions pas rendus dans ces établissements, les écoles et les ateliers protégés dans lesquels travaillent les adultes retardés. Nous avons démontré qu'en corrigeant leurs déficits de la vision—dans le premier cas dans un délai de trois mois—nous avons augmenté la productivité des adultes travaillant en ateliers protégés et nous avons modifié le comportement des jeunes enfants. Il n'y avait pas de troubles de comportement. Nous n'avons pas fait nous-mêmes l'évaluation. Il y avait à notre comité un psychologue spécialisé dans les troubles de comportement et il a formé les évaluateurs qui étaient pour la plupart des psychologues travaillant dans des écoles ou des établissements de la province.

Ainsi, la vision touche à tous les aspects du comportement humain. Par la suite, nous avons effectué les mêmes études auprès d'enfants sourds. Dans les trois écoles pour enfants sourds de l'Ontario, le taux de déficits de la vision était de 55 p. 100. Or le système actuel répond mal à leurs besoins. Si nous suggérons que les optométristes aient accès aux établissements de santé, y compris aux hôpitaux et aux institutions accueillant des enfants souffrant de déficits de toutes sortes, c'est que nous possédons des données confirmant l'existence d'un besoin.

Il ne faut pas non plus oublier les enfants autochtones. Pendant dix ans, j'ai été directeur de clinique et j'ai administré des programmes de soins aux Indiens de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan. Le taux de myopie chez les enfants indiens dépassait les deux tiers avant qu'ils n'atteignent l'âge de 13 ou 14 ans. Ce programme rejoignait 11,000 enfants par année. Pour l'Ontario seulement, il coûtait 150,000\$ par année, incluant les frais de transport dans le Nord et les frais réels de personnel et de déplacements en camionnette dans le Sud. En 1980, la Direction des services médicaux y a mis fin par mesure d'économie. Les visites sont maintenant sporadiques et quelques bénévoles seulement se rendent dans ces régions. Ainsi, les peuples autochtones obtiennent des soins visuels insuffisants dans tout le pays.

[Text]

**Mr. McCrossan:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. McCrossan. We will move on now to Mr. McCuish and Mr. Duguay.

**Mr. McCuish:** If through provincial statute it was a requirement that children entering the public school system bring with them a report from an optometrist or an ophthalmologist, do you see any parents refusing to provide this because of poverty?

**Dr. Brisbin:** I can certainly see it if, in fact, there was not reasonable coverage for this under our health-care system. If they have to lay out a significant amount of dollars from their own pockets and they have several children, it can be significant and I would expect some resistance to that.

**Mr. McCuish:** Optometry is something I have always paid for myself and it is something I have always found to be within the realm of fairness for the professional service I received. It is not staggering, with deference to the chairman, compared to some of the costs for actual medical services.

But it is a tragedy to me that a young child with a good mind enters our educational system and fails to reach his or her potential because of a visual impairment that prevents his getting the education being made available. It follows that it would be an absolute prerequisite to me, if I were in the educational system, to insist that the educators be provided with documentation of the vision of every child.

• 1055

**Dr. Brisbin:** We certainly are not advocating that optometrists be the only primary vision care providers. I think that, depending on the geographical situation and a number of particulars, there is merit in having alternate delivery systems.

However, we believe that the type of screening that currently goes on, where it is simply a matter of reading a Snellen chart at six metres distance, is not going to pick up the vast majority of the significant problems. As a matter of fact the short-sighted youngsters that would be picked up in that screening are quite often the ones that will be the superior students in the long run, because their near environment at least allows them to read. It is worse for the ones that slip through that kind of screening. They cannot do any near work and are always having to work at maximum capacity just to assess visual information. Those are the ones that are most at risk and the biggest drain on our society's productivity.

As far as optometry is concerned, we believe that there is good evidence for the fact that we are the most cost-effective provider of top-level primary vision care. The vast majority of our university training goes toward vision and the whole idea of providing primary vision care, whereas, in the case of the ophthalmologist, the first half of his training is toward the M.D. The medical doctorate does not spend a great deal of time specifically dealing

[Translation]

**M. McCrossan:** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur McCrossan. Nous passons maintenant à M. McCuish suivi de M. Duguay.

**M. McCuish:** Si une loi provinciale exigeait que les enfants entrant à l'école publique présentent un rapport d'évaluation d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste, croyez-vous que certains parents refuseraient de fournir ce certificat pour des raisons de pauvreté?

**M. Brisbin:** C'est fort possible si ces soins ne sont pas assurés à un niveau raisonnable en vertu de notre régime de soins de santé. Si les parents doivent déboursier des sommes considérables de leur propre poche et qu'ils ont de nombreux enfants, la dépense pourrait être appréciable et certains parents pourraient s'y refuser.

**M. McCuish:** J'ai toujours payé mes propres soins d'optométrie et j'ai toujours trouvé que les tarifs étaient équitables étant donné la qualité des services professionnels que je recevais. Sauf le respect que je dois au président, ces tarifs ne sont pas exagérés quand on songe au prix de certains autres services médicaux.

Il m'apparaît tragique qu'un jeune enfant intelligent puisse ne pas réaliser son plein potentiel dans notre système éducatif parce qu'il souffre d'une déficience visuelle. Si je travaillais dans le secteur de l'éducation, j'insisterais, comme condition préalable à l'inscription, pour que des documents sur l'acuité visuelle de chaque enfant soient remis aux enseignants.

**M. Brisbin:** Nous ne préconisons certainement pas que les optométristes soient les seuls à fournir des soins visuels primaires. Je crois que, selon l'endroit géographique et compte tenu de certains autres critères, il est utile de prévoir plusieurs systèmes de prestation des soins.

Toutefois, nous croyons que le genre de dépistage qui se fait actuellement—où l'on se contente de faire lire le tableau de Snellen à six mètres de distance—ne permettra pas de repérer la grande majorité des déficiences les plus graves. De fait, trop souvent, ce dépistage permettrait de repérer surtout de jeunes myopes qui deviendront plus tard des premiers de classe parce que leur environnement proche leur permet à tout le moins de lire. Ceux qui échappent à ce genre de dépistage s'en tireront moins bien. Ils ne peuvent fonctionner dans un champ visuel restreint et doivent toujours fournir le maximum d'efforts pour assimiler les informations visuelles. Ce sont ceux-là qui sont le plus à risque et qui entraînent la plus grande perte de productivité pour la société.

Pour ce qui est des optométristes, nous croyons que les faits démontrent clairement que nous sommes le mieux en mesure de fournir des soins visuels primaires de grande qualité et au meilleur rapport qualité-prix qui soit. La grande majorité des cours universitaires portent sur la vision et sur la prestation de soins visuels primaires tandis que les ophtalmologistes consacrent la première moitié de leurs études à l'obtention du doctorat en médecine. Le



*[Texte]*

with the eye. It is in the balance of their training that they are dealing more with the eye, and that is primarily training in the area of diseases and surgery.

If you take a look at the cost of the education, conservative figures indicate that it costs approximately \$62,000 to train an optometrist, as opposed \$185,000 to train an ophthalmologist. So essentially it is taking twice as long and three times the cost to train the ophthalmologist. In certain areas of primary vision care, it appears to us to be obvious that it is overkill to have an ophthalmologist doing that sort of work rather than the secondary and tertiary care, for which he is more highly trained. It is often more effective to be utilizing optometry.

**Dr. Woodruff:** In the County of Huron in Ontario, which is always referred to as the most wealthy in our country, the referral rate of a technician with a grade-12 education and 6 weeks of training was 0.7%. It should be over 10% for the age group she was screening. And this is in Ontario, the wealthiest province of them all. That is really a Canada-wide picture; it is a little laboratory if you like. What it really needs is an optometrist inside that public health system to set up the problems using the technology that is available.

Even that grade-12 graduate could have been trained more effectively. In collaboration with the medical officer of Hamilton-Wentworth, I did a 40-hour curriculum for nurses. We raised their rate from about 4% to 9%. So we are looking for teamwork to solve the problems that exist.

• 1100

The elderly are no different. I have three papers on the elderly from field studies done in homes, done on senior citizens who are home-bound and done on all of the nursing homes of New Brunswick. Each of those show this high rate of problems that could have been prevented from age 40 to 60 to some extent by both education and health, including nutrition and proper eye care, at a reasonable rate at least once every two years. A lot of those things could have been prevented.

In one paper, we looked at the mobility and at the rate of nursing care required as vision was lost. It just rises exponentially. If you do not have good sight, you need much more nursing care and your mobility is lost, so your enjoyment of life is reduced.

*[Traduction]*

docteur en médecine ne consacre pas énormément de temps à étudier exclusivement l'oeil. Ce n'est que dans la deuxième moitié de leurs études qu'ils suivent des cours sur l'oeil et cette formation porte principalement sur la pathologie et la chirurgie.

Si vous examinez les coûts de cet enseignement, les chiffres les plus modestes indiquent qu'il en coûte environ 62,000\$ pour former un optométriste comparativement à 185,000\$ pour former un ophtalmologiste. Ainsi, il faut deux fois plus de temps et une mise de fonds trois fois plus importante pour former un ophtalmologiste. En ce qui concerne certains soins visuels primaires, il nous semble clair qu'il est excessif de demander à un ophtalmologiste d'assurer la prestation de ces soins plutôt que des soins secondaires et tertiaires pour lesquels il est mieux formé. C'est souvent plus efficace de faire appel à un optométriste.

**M. Woodruff:** Dans le comté de Huron en Ontario, dont on dit souvent qu'il renferme la population la mieux nantie du pays, une technicienne avec 12 ans de scolarité et 6 semaines de formation avait un taux d'aiguillage de 0,7 p. 100. Ce taux aurait dû être de 10 p. 100 pour le groupe d'âge soumis au dépistage. Et nous parlons ici de l'Ontario, la plus riche de toutes les provinces. Cela reflète bien la situation dans tout le pays; c'est en quelque sorte un petit laboratoire. Ce qu'il faudrait, c'est un optométriste à l'intérieur du système de santé publique qui déterminerait quels sont les problèmes en utilisant la technologie disponible.

Même cette diplômée de la douzième année aurait pu recevoir une meilleure formation. En collaboration avec le directeur médical de Hamilton-Wentworth, j'ai préparé un cours de 40 heures à l'intention des infirmières. Nous avons fait passer leur taux d'aiguillage de 4 à 9 p. 100. Il faudra donc tabler sur le travail en équipe pour régler les problèmes qui existent.

Il en va de même des personnes âgées. J'ai trois rapports d'études réalisées auprès de personnes âgées privées de mobilité et vivant dans des maisons de soins au Nouveau-Brunswick. Chacune de ces études révèle que le taux élevé de problèmes chez ces personnes âgées aurait pu être prévenu si elles avaient reçu entre 40 et 60 ans des services d'éducation et de santé, notamment en matière de nutrition et de soins adéquats des yeux, à une fréquence raisonnable, soit une fois au moins tous les deux ans. Une forte proportion de ces problèmes aurait pu être prévenue.

Dans une étude, nous avons examiné le rapport entre la diminution du niveau de mobilité et l'augmentation des soins de surveillance à mesure que les capacités visuelles diminuent. L'augmentation est exponentielle. Une personne souffrant d'une déficience de la vue requiert beaucoup plus de soins et a une moins grande mobilité de sorte qu'elle est moins en mesure de jouir de la vie.



[Text]

Consequently, that is why we have stressed in our brief both ends of that spectrum. I think it is just as important for the group in between because that is when you gain with glaucoma. It starts to increase in its frequency from age 40 on. It is mandatory by law in Ontario that we do tests in that age group. If I see a person over 40 and do not do that test, then I have really breached things that were first of all set up by the provincial association but are now mandated in regulations.

Our visual system in health is really inadequate, but we must be part of the team because nutrition and many other factors play a large part. It has to be teamwork.

**Dr. Brisbin:** Mr. Chairman, I would like to make one quick statement. When we talked about the innovative ways in which some provinces are trying to curb health-care costs—and Alberta in my opinion was a deadly example—there are other ways going on. We have to be careful of those if we are going to ensure that the preventive aspects continue to pay off. Many provinces, instead of de-insuring services, are now increasing frequency restrictions. You can have the same detrimental effect to the preventive aspects of health care if you now say you will be able to receive diagnostic care only every two years or every three years.

By that time, many conditions have gone too far. As a result, simply de-insuring is not the only enemy to preventive care.

**Mr. Duguay:** I want to tell you, first of all, how impressed I am with the Canadian Association of Optometrists. Any organization that has the foresight to select a fellow Franco-Manitoban as its executive director has to know a lot of things with which I agree.

I wanted to raise one aspect we have been dealing with. In Manitoba, the school system did a screening program with trained volunteers in grade seven. You have said this is really very late. We always thought it was kind of good, but it is really very late.

I am fascinated by the fact that you chose New Brunswick, because New Brunswick is the only jurisdiction in Canada that does not have a kindergarten system. Therefore, in every other jurisdiction, you could have started a year earlier and had everybody in the system.

My question really has to do with whether it is possible to train volunteers to do all these things in the school

[Translation]

Voilà pourquoi nous avons mis l'accent, dans notre mémoire, sur ces deux groupes d'âge. Cependant, les interventions précoces sont toutes aussi importantes pour le groupe d'âge intermédiaire puisque c'est à cette époque que l'incidence du glaucome augmente. De fait, la fréquence augmente à compter de 40 ans. La loi ontarienne nous fait obligation d'effectuer des tests auprès de ce groupe d'âge. Si je vois en consultation une personne de plus de 40 ans et que je ne fais pas ce test, je contreviens à des règles qui ont d'abord été instaurées par l'association provinciale mais qui sont maintenant prévues dans les règlements.

Notre système de soins visuels est réellement inadéquat, mais nous devons participer à toute action concertée puisque la nutrition et de nombreux autres facteurs ont une incidence considérable. Nous devons travailler en équipe.

**M. Brisbin:** Monsieur le président, j'aimerais faire rapidement une observation. Quand nous avons parlé des façons novatrices qu'ont trouvées certaines provinces pour comprimer les dépenses de santé—et l'Alberta constitue à mon avis un exemple mortel—nous en avons oublié. Nous devons nous en méfier si nous voulons que les mesures préventives continuent de donner les résultats escomptés. Au lieu de ne plus assurer certains services, de nombreuses provinces instaurent de plus en plus souvent des restrictions quant à la fréquence des prestations. Or, si les provinces disent que, dorénavant, les soins de diagnostic devront être espacés de deux ou de trois ans pour être assurés, cela pourrait avoir un effet néfaste sur l'aspect préventif de certains soins de santé.

Dans l'intervalle, l'état de santé d'une personne a pu se détériorer de façon irrémédiable. Par conséquent, le retrait de l'assurance au titre de certains soins n'est pas la seule menace qui pèse sur les soins préventifs.

**M. Duguay:** J'aimerais d'abord vous dire à quel point je suis impressionné par l'Association canadienne des optométristes. Il y a de fortes chances que je sois d'accord avec bon nombre des positions d'une organisation qui a eu la sagesse de se choisir comme directeur exécutif un de mes concitoyens franco-manitobains.

J'aimerais reprendre une des questions dont nous avons déjà parlé. Le Manitoba avait un programme de dépistage au niveau de la septième année qui faisait appel à des bénévoles ayant reçu une formation spéciale. Vous avez dit que ce dépistage se faisait beaucoup trop tard. Nous avions toujours cru que c'était un excellent programme, mais vous dites que le dépistage se faisait trop tard.

Je suis étonné de constater que vous avez choisi le Nouveau-Brunswick puisque c'est la seule province au Canada où il n'y a pas de pré-maternelle. Dans n'importe quelle autre province, vous auriez pu faire votre étude auprès d'enfants un an plus jeunes et vous auriez rejoint ainsi toute la population scolaire.

Toutefois, j'aimerais savoir plus particulièrement si vous croyez qu'il est possible de former des volontaires

[Texte]

system. The other thing is that daycare may be useful as an attitude and it may be helpful, but 80% of Canadians do not send their children to daycare. They look after them themselves or they have some other arrangement they use, involving a relative, parent or whatever.

There is no systematic way I have been able to look at that would get us to all the young kids, except perhaps my colleague's suggestion that you impose it as a restriction.

I want to ask a broad range of questions. Can volunteers be trained to do screening that would be efficient? What kind of effort should we exert to do the screening at age 2, at age 3, or at age 5? Where is the pay-off point where you say it absolutely has to be done by this age or else it is going to be 40% effective or whatever?

**Dr. Woodruff:** I was an adviser to the Government of Saskatchewan when they were considering implementing some type of program. I made the suggestion that they do what you are saying; that is, to have a certification program in which every child would be examined at age 3. Without such a certificate, they would have problems entering kindergarten.

• 1105

I do not know whether it was at the government level—the elected member level or the Cabinet level—but it was rejected by the department on the basis that they had attempted to do this with dentistry and dental care and it had become an excessive burden and cost to bookkeep it, to make sure it was done. I brought this up.

The reason we chose New Brunswick was the Minister of Health came to the university to see what the education of optometrists was, because she was faced with a bill before her legislature regulating the profession. She was particularly interested in the research I was doing at the time with retarded children, and she asked us to go to New Brunswick. The reason it was discontinued by the now current minister was, he said, that it was an expensive program—it was costing about \$350,000 a year to operate province-wide—and that probably the nurses could do it. Now, we had the figures on the nurses, so he really was not paying attention to the efficacy of the program. But he had the problem of cost reduction, and that was his decision.

But the previous minister and the Minister of Education were also involved in the discussions, and they were very much in favour of continuing the program because the superintendents of schools at their recent convention of superintendents in the province voted to support the program because they had found it very effective in the schools.

Now, if you were going to set up a program, you could use the daycare. I think one of the things that is needed is health promotion information which tells mothers and

[Traduction]

pour tout faire en milieu scolaire. Par ailleurs, il est sans doute louable et utile que vous vous tourniez vers les garderies, mais 80 p. 100 des Canadiens n'envoient pas leurs enfants en garderie. Ils s'en occupent eux-mêmes ou les confient à un parent, à une voisine, et ainsi de suite.

Renseignements pris, je n'ai trouvé aucune façon qui nous permettrait de rejoindre systématiquement tous les jeunes enfants, si ce n'est la suggestion de mon collègue, à savoir que vous exigiez la présentation d'un certificat.

J'aimerais vous poser toute une série de questions. Peut-on former des bénévoles qui pourraient procéder à un dépistage efficace? Que devrions-nous faire pour obtenir que le dépistage se fasse à deux, à trois ou à cinq ans? Quel est l'âge critique au-delà duquel l'efficacité des soins serait réduite à 40 p. 100, par exemple?

**M. Woodruff:** J'agissais à titre de conseiller auprès du gouvernement de la Saskatchewan lorsqu'il a examiné la possibilité de mettre en place un programme. J'ai proposé qu'il fasse ce que vous proposez vous-même: à savoir de créer un programme de certificat dans le cadre duquel chaque enfant serait examiné à l'âge de trois ans. Faute d'un tel certificat, les enfants pourraient difficilement être inscrits à la maternelle.

Je ne sais pas si c'était au niveau du gouvernement, au conseil des ministres ou ailleurs, mais le ministère a rejeté cette proposition en arguant du fait qu'il avait tenté de le faire pour les soins dentaires et que la tenue de comptes était devenue beaucoup trop lourde et onéreuse. C'est ce que j'ai dit.

Si nous avons choisi le Nouveau-Brunswick, c'est parce que la ministre de la Santé est venue à l'université voir la formation que recevaient les optométristes car le gouvernement avait déposé un projet de loi portant réglementation de la profession. Elle s'est tout particulièrement intéressée aux travaux de recherche que j'effectuais à l'époque avec les arriérés mentaux et elle nous a demandé d'aller au Nouveau-Brunswick. L'actuel ministre a décidé de supprimer ce programme car, à son avis, il coûtait beaucoup trop cher—environ 350,000\$ par an à l'échelle de la province—et que les infirmières pouvaient vraisemblablement rendre ces services. Or, nous lui avons présenté des chiffres si bien que sa décision a été prise non pas en fonction de l'efficacité du programme mais en fonction d'une éventuelle réduction des coûts.

Mais l'ex-ministre et le ministre de l'Éducation participaient également aux discussions et tenaient à ce que ce programme se poursuive car, lors du congrès qui les avait réunis récemment dans la province, les surintendants des écoles s'étaient prononcés en faveur de ce programme en raison de son efficacité.

Si un programme devait être établi, les garderies se révéleraient très utiles. Ce qu'il faut absolument faire, c'est encourager les mères et les parents de jeunes enfants



[Text]

parents of young children that they must. . . I work in pediatrics at the university and I work in a private practice one day a week to keep my hand in, on that aspect, and I advocate to parents that their children be seen once during the first year of life, once just before or at age 3, and once before they enter kindergarten, which is just when they are reaching not quite five but usually will be five before school starts in the fall.

If that was mandated in the system and parents received education, perhaps while the mothers are in hospital, or during the time when the wife is pregnant and they are attending classes, then most Canadian children would get the benefit of that. That is the kind of system I would install: that we put something into the system that first of all educates parents. Education is the key. Children who have been picked out of the school system as having problems, the parents did not know that they should have children looked at. And that is not taught in health education courses, by and large.

This is one of the reasons, over the past 15 to 20 years of my career, I have been interested in epidemiology. I practised 12 years before I went back to graduate school, and I was continually running into that problem. One of the things I lacked was the knowledge of when it began, what were the causes. Fortunately for my position I have been able to elaborate on that. The work is now known internationally, and I get requests all the time for that kind of information. We have it available; we have resources in our profession in technology that could be put to work at both ends of the age group and in between as well.

**Mr. Duguay:** I certainly would agree with you. I spent most of my real life in education. I agree with you without any doubt that a lot of learning problems have to do with sensory deprivation. Young people who cannot see or cannot hear have a hard time learning, and then they get to be discipline problems. I appreciate your contribution. I think it is up to us to try to make some suggestions that would be helpful. Thank you.

**The Acting Chairman (Mr. McCrossan):** Thank you very much, gentlemen, for coming today.

The committee meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

à s'intéresser à la santé. . . Je travaille au département de pédiatrie à l'université et j'ai mon propre cabinet dans lequel je travaille une fois par semaine pour garder la main et je dis toujours aux parents qui viennent me voir que leurs enfants devraient être examinés au moins une fois au cours de leur première année, une fois vers l'âge de trois ans et une autre fois avant d'entrer au jardin d'enfants, c'est-à-dire vers l'âge de cinq ans, année durant laquelle ils commencent l'école.

Si ces visites étaient obligatoires et si les parents étaient sensibilisés à ce fait, lorsque les mères sont à l'hôpital, ou lorsque la femme est enceinte et qu'elle assiste à des cours, alors la plupart des enfants canadiens pourraient en profiter. C'est ce que je ferais: je chercherais avant tout à sensibiliser les parents. C'est l'élément clé. Les parents ne savent pas que leurs enfants devraient être examinés lorsqu'ils éprouvent des problèmes à l'école. De plus, on n'apprend pas cela dans les cours de santé.

C'est une des raisons pour lesquelles je me suis intéressé à l'épidémiologie au cours des 15 à 20 dernières années. J'ai exercé ma profession pendant 12 ans avant de retourner en faculté et ce problème revenait tout le temps. Cependant, je ne savais pas quand ces problèmes avaient commencé, quelle en était la cause. Heureusement, mes fonctions m'ont permis d'étudier ce phénomène. Ces travaux ont été maintenant diffusés dans le monde entier et je reçois tout le temps des demandes de renseignement. Ces renseignements existent; nous avons les ressources techniques voulues pour prendre en charge tous les groupes d'âge.

**M. Duguay:** Je suis entièrement d'accord avec vous. J'ai été éducateur avant d'être député. J'en conviens, un grand nombre de problèmes d'apprentissage sont liés à l'absence sensorielle. Les jeunes qui ne peuvent voir ou entendre ont beaucoup de mal à apprendre et deviennent très rapidement des cas disciplinaires. Je vous remercie de votre concours. Je crois qu'il nous appartient maintenant d'essayer de proposer des recommandations utiles. Je vous remercie.

**Le président suppléant (M. McCrossan):** Merci infiniment d'être venus aujourd'hui.

La séance est levée.

















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the National Advisory Council on Aging:*

Dr. Charlotte Mathews, President;  
Susan Fletcher, Director.

*From the Canadian Association of Optometrists:*

Dr. Scott Brisbin, President;  
Gérard Lambert, Executive Director;  
Dr. Emerson Woodruff, Consultant.

#### TÉMOINS

*Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:*

D<sup>r</sup> Charlotte Mathews, présidente;  
Susan Fletcher, directeur.

*De l'Association canadienne des optométristes:*

D<sup>r</sup> Scott Brisbin, président;  
Gérard Lambert, directeur général;  
D<sup>r</sup> Emerson Woodruff, consultant.



Public

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 52

Monday, June 20, 1988  
Tuesday, June 21, 1988  
Wednesday, June 22, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 52

Le lundi 20 juin 1988  
Le mardi 21 juin 1988  
Le mercredi 22 juin 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

# National Health and Welfare

# Santé nationale et du Bien-être social

RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, JUNE 20, 1988

(73)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 3:44 o'clock p.m., in Room 705, 151 Sparks Street, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday and W. Paul McCrossan.

*Acting Member(s) present:* Marion Dewar for Margaret Mitchell.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Canadian Nurses Association:* Dr. Judith Ritchie, President; Ginette Rodger, Executive Director. *From the Canadian Psychological Association:* Dr. Pierre L.-J. Ritchie, Executive Director; Dr. Michel Sabourin, President-elect. *From the Canadian Dietetic Association:* Elizabeth Hamilton, President; Carmen Connelly, Member; Marsha Sharp, Executive Director.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

The witnesses made statements and answered questions.

Dr. Ritchie made a statement and, with the other witness, answered questions.

Ms Hamilton made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 5:55 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, JUNE 21, 1988

(74)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 10:41 o'clock a.m., in Room 701, 151 Sparks Street, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell and W. Paul McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Association of Canadian Medical Colleges:* Dr. Deguise-Vaillancourt, Executive Director. *From the Association of Canadian Teaching Hospitals:* Dr. Finlay McKerracher, Secretary Treasurer; Lenore Mills, Executive Director of the Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals. *From the Hospital Council of Metro Toronto:* Paul Gamble, Assistant Executive Director.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

## PROCÈS-VERBAUX

LE LUNDI 20 JUIN 1988

(73)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 15 h 44, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday et W. Paul McCrossan.

*Membre suppléant présent:* Marion Dewar remplace Margaret Mitchell.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:* Docteur Judith Ritchie, présidente; Ginette Rodger, directrice générale. *De la Société canadienne de psychologie:* Docteur Pierre L.-J. Ritchie, directeur général; Docteur Michel Sabourin, président élu. *De l'Association canadienne des diététistes:* Elizabeth Hamilton, présidente; Carmen Connelly, membre; Marsha Sharp, directrice générale.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

Le docteur Ritchie fait une déclaration, puis elle-même et l'autre témoin répondent aux questions.

M<sup>me</sup> Hamilton fait une déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

À 17 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 21 JUIN 1988

(74)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 10 h 41, au 151 de la rue Sparks, pièce 701, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell et W. Paul McCrossan.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association des facultés de médecine du Canada:* Docteur Deguise-Vaillancourt, directeur général. *De l'Association of Canadian Teaching Hospitals:* Docteur Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier; Lenore Mills, directrice générale de l'Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals. *De l'Hospital Council of Metro Toronto:* Paul Gamble, directeur général adjoint.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.



The witnesses made statements and answered questions.

At 1:00 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

#### AFTERNOON SITTING (75)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 3:35 o'clock p.m., in Room 705, 151 Sparks Street, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell and W. Paul McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Canadian Medical Association:* Dr. Athol L. Roberts, President; Dr. Colin McMillan, Chairman, Council on Economics; Dr. Ed Moran, Member, Board of Directors; Douglas A. Geekie, Director, Department of Communications and Government Relations; Orvill B. Adams, Director, Department of Medical Economics. *Individual:* Dr. M.A. Baltzan, Past President of the Canadian Medical Association.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Roberts made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

The witness made a statement and answered questions.

At 5:50 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

#### WEDNESDAY, JUNE 22, 1988 (76)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 4:47 o'clock p.m., in Room 269, West Block, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Léo Duguay, Bruce Halliday, and Brian White.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

*Witnesses: From the Department of National Health and Welfare:* Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Roy Hickman, Acting Director General, Environmental Health Directorate. *Individual:* Dr. Henri L. Marcoux.

The Committee resumed consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Liston made a statement and, with the other witness, answered questions.

The witness made a statement and answered questions.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

À 13 heures, le Comité interrompt les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

#### SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI (75)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 15 h 35, au 151 de la rue Sparks, pièce 705, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell et W. Paul McCrossan.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association médicale canadienne:* Docteur Athol L. Roberts, président; Docteur Colin McMillan, président du conseil chargé de l'économie; Docteur Ed Moran, membre du conseil d'administration; Douglas A. Geekie, directeur du département des communications et des relations gouvernementales; Orvill B. Adams, directeur du département d'économie médicale. *À titre individuel:* Docteur M.A. Baltzan, ancien président de l'Association médicale canadienne.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Le docteur Roberts fait une déclaration, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

#### LE MERCREDI 22 JUIN 1988 (76)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à 16 h 47, dans la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Léo Duguay, Bruce Halliday, Brian White.

*Aussi présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

*Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* Docteur A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; Roy Hickman, directeur général intérimaire, Direction de l'hygiène du milieu. *À titre individuel:* Docteur Henri L. Marcoux.

Le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Le docteur Liston fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

At 6:01 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

À 18 h 01, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

**EVIDENCE**

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Monday, June 20, 1988

• 1542

**The Chairman:** The Chair will call the meeting to order.

We are here today in accordance with our mandate under Standing Order 96.(2), the consideration of the health-care system in Canada and its funding.

We have, I note, three groups with us today. We are a little bit late in starting because of the difficulty in getting a quorum, so we will allow somewhere between three-quarters of an hour to each group.

The first group we have with us today are not strangers to our committee, the Canadian Nurses Association. Representing the association are Ginette Rodger, Executive Director, and Judith Ritchie, President. We welcome you both here.

I understand you do not have a formal brief for us today but are going to talk to us. We will certainly be interested in listening.

**Mme Ginette Rodger (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Merci, monsieur le président. C'est un plaisir pour nous d'être ici et de faire une présentation aujourd'hui. D'ici la fin de la semaine nous serons en mesure de vous remettre notre mémoire en français et en anglais. Ces deux dernières semaines nous étions à notre congrès, qui se tenait dans l'Île-du-Prince-Édouard, et comme nous en arrivons à peine, il ne nous a pas été possible de préparer notre présentation dans les règles.

Je suis accompagnée aujourd'hui de notre nouvelle présidente, le docteur Ritchie; ce changement a lieu tous les deux ans. Le docteur Ritchie va aujourd'hui faire la présentation du corps du mémoire.

J'aimerais tout d'abord faire quelques remarques d'introduction. Comme vous le savez, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada représente plus de 100,000 infirmières au pays, et en tant que professionnels de la santé, payeurs de taxes et consommateurs de soins, le sujet qui traite du système de santé canadien et de son financement est extrêmement important pour les infirmières du pays. Comme les infirmières constituent la moitié des professionnels du système de santé, et qu'elles sont celles qui dispensent les soins et qui sont en contact direct le plus souvent ou le plus longtemps avec les clients, on considère qu'on a une responsabilité sociale de participer à l'élaboration du type de système de santé que l'on aura dans l'avenir. Convaincues de cette responsabilité sociale, nous avons présenté au cours des huit dernières années sept mémoires différents, mais

**TÉMOIGNAGES**

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le lundi 20 juin 1988

**Le président:** La séance est ouverte.

Nous siégeons aujourd'hui conformément à notre mandat en vertu de l'article 96.(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Je remarque que trois témoins comparaitront aujourd'hui. À cause de difficultés à atteindre le quorum, nous accusons un certain retard; nous accorderons donc trois quarts d'heure environ à chaque groupe.

Les membres du Comité connaissent déjà le premier groupe, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, dont les porte-parole sont Ginette Rodger, directrice générale, et Judith Ritchie, présidente. Je souhaite la bienvenue à toutes deux.

Je crois savoir qu'au lieu de nous soumettre un mémoire en bonne et due forme aujourd'hui, vous allez nous entretenir de vos vues. Nous avons hâte de vous entendre.

**Ms Ginette Rodger (Executive Director, Canadian Nurses Association):** Thank you, Mr. Chairman. It is a pleasure for us to be here and to make a presentation today. By the end of the week, we shall be able to send you our brief in French and in English. For the last two weeks, we have been at our conference on Prince Edward Island, and since we have just got back from it, we have not been able to prepare a formal brief.

With me today is our new president, Dr. Ritchie; the incumbent in this position changes every two years. Dr. Ritchie will present the main part of our observations to you today.

I would first like to make a few introductory remarks. As you know, the Canadian Nurses Association represents more than 100,000 nurses in Canada, and as health professionals, taxpayers and health care consumers, we find the subject of the health care system in Canada and its funding extremely important. Since nurses make up half of the professionals in the health care system, and since it is they who provide the care and who are most often or for the longest time in direct contact with patients, we consider that it is our social responsibility to participate in developing our future health care system. This conviction of our social responsibility has led us, over the last eight years, to submit seven separate briefs, all dealing with the issue of reforming the health care system. This is our ninth brief.



[Texte]

toujours sur la question de la réforme de la santé. Ceci est notre neuvième mémoire.

Nous voulons donc continuer à participer au dialogue et à collaborer au développement d'un système de santé économiquement viable, mais humain également, et ce pour tous les Canadiens. Nous croyons qu'il est essentiel pour le système de santé de voir présentement à une redirection de ces efforts et nous considérons que ceci est essentiel.

Notre système de santé canadien a été et est valorisé par plusieurs pays du monde comme étant un système qui a eu beaucoup de succès. Nous considérons par ailleurs qu'il est urgent dès maintenant de préparer le XXI<sup>e</sup> siècle puisque deux facteurs sont de prime importance. Un premier qui est l'augmentation croissante de la proportion des personnes âgées dans notre société; et un deuxième, l'évolution des connaissances et des technologies dans le monde de la santé.

• 1545

Je suis certaine que vous êtes au courant de toutes les statistiques qui nous disent que s'il n'y a pas de changement pour l'an 2031, c'est-à-dire la deuxième décennie du prochain siècle, toutes nos capacités institutionnelles seront prises pour soigner les personnes âgées.

Nous sympathisons avec la responsabilité du gouvernement fédéral à faire face à ces obligations financières en matière de santé. Les services infirmiers représentent comme dépense annuelle six milliards de dollars. Nous comprenons donc ce qu'est la responsabilité fiscale puisque nous sommes directement impliqués dans ce domaine.

Nous croyons par ailleurs que les Canadiens d'aujourd'hui, non seulement regardent au coût du service qu'ils reçoivent, mais aussi à la qualité du service qu'ils reçoivent. C'est dans ce contexte-là que le fait de s'orienter strictement vers des services dans le milieu institutionnel ne suffit plus aux citoyens d'aujourd'hui et de demain. Nous ne demandons pas au gouvernement de mettre plus d'argent dans le système de santé, mais nous demandons de redistribuer certains des montants et des coûts qui sont alloués au système de santé.

À travers notre système d'assurance de santé nous avons atteint un niveau d'accessibilité pour les soins hospitaliers et les soins médicaux. Nous sommes ici aujourd'hui pour vous demander d'ouvrir cette accessibilité-là aux autres services de santé qui sont basés dans la communauté.

Et sur ces remarques d'introduction, Dr Ritchie va présenter les trois secteurs, en particulier, que l'on veut traiter aujourd'hui.

**Mme Judith Ritchie (President, Canadian Nurses Association):** As you know, CNA believes very firmly in the policy of the World Health Organization, *Achieving Health for All*, by the year 2000. We believe very strongly

[Traduction]

Obviously, then, we wish to continue the dialogue and co-operate in developing a health care system that is economically viable but also humane for all Canadians. At the moment, we feel that it is essential to redirect efforts toward improving the health care system.

The Canadian health care system has been and continues to be the envy of many countries throughout the world: it is considered to be quite successful. In addition, we feel that it is urgent to prepare for the twenty-first century now, and two factors are crucial. The first is the increasing proportion of elderly persons in our society, and the second is the evolution of knowledge and technology in the health care field.

I am sure you are aware of the volume of statistics indicating that if present trends continue, by the year 2031, that is, by the end of the second decade of the upcoming century, all our institutional capacity will be taken up in caring for the elderly.

We are sympathetic to the federal government's responsibility to meet its funding obligations in the health care field. Nursing services represent an annual expenditure of \$6 billion. Since we are directly involved in this field, we understand this fiscal responsibility.

In addition, we feel that Canadians today consider not only the cost of service they receive, but also its quality. Given this fact, strictly limiting services to the institutional setting is no longer adequate to meet the needs of today's and tomorrow's citizens. We do not ask the government to increase funding for the health care system; rather, we ask it to redistribute some funding allocated to this system.

Our health insurance system has provided us with good access to hospital and medical care. We are here today to ask you to extend this access to other, community-based, health care services.

Those are my introductory remarks. Dr. Ritchie will now speak to you about the three specific issues we wish to address today.

**Mme Judith Ritchie (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Vous n'êtes pas sans savoir que notre association appuie fortement la mise en application de la politique de l'Organisation mondiale de

## [Text]

that this policy applies in all parts of Canada, not just in the north, but along our southern borders as well.

We also recognize that the Canadian government has endorsed the view that primary health care is the key to a healthy society. In our views of primary health care, we endorse all the principles of this, which I would like to outline:

1. equitable distribution of health services to all populations, with maximum individual and community involvement in the planning and operation of health-care services;
2. emphasis on preventive and promotive, rather than curative, services;
3. the use of appropriate technology;
4. the integration of health development with social and economic development.

Within this frame of reference, the Canadian Nurses Association wishes to present to this committee three areas of recommendation:

1. recommendations in the area of accessibility to health services;
2. maximum individual and community involvement;
3. preventive and promotive services.

By accessibility to health services, we mean and imply a continuing and organized supply of care geographically, financially, culturally and functionally within easy reach of the whole community.

We have in Canada a marvellous system of illness care, and the Canadian Nurses Association certainly welcomed the federal government's initiative to increase coverage by curtailing extra billing and user fees and approving 100% coverage for the population.

We compliment the government on this. We are very proud of our access to this care. Indeed in the universe, we are the envy of many other countries of the world.

There still exists in Canada many cultural, financial and physical barriers to the accessibility to health care. These show up in physical and mental health problems, particularly as they are attributable to social isolation and alienation and conditions prevalent among the elderly, the chronically ill, women of all ages, the poor and residents in growing communities. All of these are areas where the problems are increasing.

• 1550

We believe that Canadians should have access, then, also to qualified assistance in caring for their health. We believe that has yet to happen, despite the fact that the needs have been shown over and over again. Indeed, the

## [Translation]

la santé, *La santé pour tous* d'ici l'an 2000. Nous croyons fermement qu'il faut mettre cette politique en application dans toutes les régions du Canada, dans le Sud autant que dans le Grand Nord.

De plus, nous reconnaissons l'importance primordiale accordée par le gouvernement du Canada aux soins de santé primaires dans son but d'atteindre une santé générale. Nous abondons dans le même sens, et préconisons les principes suivants:

1. la distribution équitable de services de santé à toutes les populations, jumelée à une participation maximale du client et de la collectivité dans la planification et la prestation de ces services;
2. la prévention de la maladie et la promotion de la santé, de préférence aux traitements curatifs;
3. l'utilisation de technologies appropriées;
4. une promotion de la santé qui soit intégrée avec le développement social et économique.

Dans le contexte de ces principes, et pour la gouverne de ce comité, notre association désire formuler des recommandations concernant trois domaines:

1. l'accès aux services de santé;
2. la participation maximale du client, ainsi que de la collectivité;
3. la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Par accès aux services de santé, nous entendons la prestation permanente et efficace de soins sur tout le territoire et sans égard aux obstacles d'ordre financier ou culturel: des soins qui soient faciles d'accès à tous.

Les Canadiens disposent d'un système merveilleux de soins en cas de maladie; d'ailleurs, notre association a approuvé avec enthousiasme les limites à la surfacturation et l'interdiction du ticket modérateur imposée par le gouvernement fédéral, mesures qui ont assuré une protection universelle.

Nous félicitons le gouvernement de cette initiative. Nous sommes très fiers de l'accès aux soins de santé qu'ont les Canadiens; d'ailleurs, de nombreux autres pays nous envient ce système.

Cependant, il existe toujours au Canada de nombreux obstacles d'ordre culturel, financier et physique à cet accès. L'isolement et l'aliénation de la société, ainsi que les problèmes particuliers aux personnes âgées, aux malades chroniques, aux femmes de tous les âges, aux pauvres et aux résidents de collectivités en pleine croissance témoignent de ces obstacles; de plus, les difficultés de ces groupes ne cessent de s'aggraver.

Nous croyons également que les Canadiens devraient avoir accès à des soins de santé préventifs de qualité. Ce n'est pas encore le cas, en dépit du fait que ces besoins ont été démontrés à maintes reprises. Dans le rapport le plus



[Texte]

most recent report, in 1985, the *Achieving Health for All* report, demonstrates that those citizens with lower incomes, with less education, and the unemployed are much more likely than others to rate their health as poor.

So within the area of accessibility to service, then, we are recommending that there should be extended health services, defined as those outside the hospital, and those should be included as insured services for all Canadians.

Second, nurses and other health-care practitioners should become the points of entry to the system for assessment, care, and referral. The Canada Health Act permits that, but it has not yet become a fact.

Third, there is a need to reorganize and reallocate health-care reform resources; there is not a need for extra money, but it needs to be reallocated.

Within the second area, the need for maximum individual and community involvement, CNA considers that all persons have the right and the duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care. By that we are referring to the studies that show that changes in health behaviours result really only if the individuals are involved in that planning. So that kind of public participation, we also recognize, requires that the professionals who work with the individuals and the communities have to be willing to participate in a partnership relationship with those communities; that is, that people have to take charge of their own health and that the health-care system has to fit the community.

To do that, the professional relationship with the clientele should be facilitative rather than prescriptive and consultative rather than authoritarian.

A second area in increasing the public's participation in the planning of the health system has been demonstrated to some degree recently, with some shifts, but much more is needed and we think that nurses can help with that increased participation. In this area we are talking about increased involvement of the consumers in the planning of the policies; that is, by sitting on boards of such things as the community health centres and hospital boards, and consumers sitting as ombudspersons within hospitals. We have seen that public participation of that nature can be a viable option, but we think there needs to be more of it.

Because CNA recognizes the growing governmental emphasis on the need for individuals to be more responsible for their own care, as is demonstrated in the

[Traduction]

récent publié en 1985, *La santé pour tous* prouve bien que les gagne-petit, les chômeurs et les personnes moins instruites sont plus portés que les autres à se déclarer en mauvaise santé.

Par conséquent, pour ce qui est de l'accès aux services, nous recommandons que les services de santé élargis, que nous définissons comme ceux qui sont offerts hors des hôpitaux, deviennent des services assurés pour tous les Canadiens.

Deuxièmement, les infirmières et les autres professionnels de la santé devraient assurer les premiers l'évaluation, les soins et la présentation des personnes entrant au système. La Loi canadienne sur la santé le permet, mais ce n'est pas encore une réalité.

Troisièmement, il est nécessaire de réorganiser et de redistribuer les ressources consacrées à la réforme des soins de santé; des sommes additionnelles ne sont pas nécessaires, il faudrait simplement songer à une redistribution.

Pour ce qui est du deuxième domaine, la nécessité d'une participation maximale de la part des individus sur le plan communautaire, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada estime que tous ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à l'application du régime des soins de santé. Nous faisons allusion par là aux études qui prouvent que des changements dans les comportements en matière de santé ne se produisent que si les personnes participent à la planification. Nous reconnaissons donc que pour obtenir ce genre de participation du public, il faut que les professionnels de la santé qui travaillent avec les gens et les collectivités soient disposés à permettre cette association et cette participation sur le plan communautaire; autrement dit, les gens doivent prendre en charge leur propre santé et le régime des soins de santé doit être adapté à la communauté.

Pour ce faire, le professionnel de la santé doit faciliter plutôt que de prescrire, il doit consulter plutôt que de se montrer autoritaire.

Deuxièmement, cette participation accrue du public, à la planification du régime de santé est devenue un peu plus évidente récemment, à cause de certains changements, mais il faudrait faire bien davantage et nous croyons que les infirmiers et infirmières peuvent aider à obtenir cette participation accrue. C'est pour cela que nous parlons d'une participation plus grande des consommateurs à la planification des politiques; autrement dit, il faudrait qu'ils siègent au conseil d'administration dans les CLSC et dans les hôpitaux, ils pourraient également siéger comme défenseurs du citoyen dans les centres hospitaliers. Nous nous sommes rendu compte que la participation du public dans ce domaine est une option valable, nous croyons simplement qu'elle devrait être plus forte.

L'Association se rend compte que le gouvernement met maintenant davantage l'accent sur la nécessité pour les personnes d'être plus responsables de leur propre santé,



## [Text]

*Health for All* document, we believe that we need to take three steps to try to achieve that end. The first is that we need to sensitize the public to the cost of their illness care within the existing system. Second, we need to involve the consumer in community health, and that is very much a part of the primary health-care model. Third, we are reiterating the position we have been taking for the last 10 years—and we also, in making this statement, note that the provinces seem to agree that it is a necessary step because they are implementing it provincially—and that is that there should be a Canadian health council; that is, a permanent, independent body representing consumers, governments, and health-care professionals that is created to examine issues in health care and to recommend health-care policy for the country. In order to be compatible with the principles inherent in the Canada Health Act, a health council would facilitate that.

The third area we wish to present to you is the changes in the area of prevention and promotion. Although for many years we have known that real changes in achieving change in the health status of Canadians or citizens of any public are in the area of health promotion, in Canada we have seen very little shift over the years in that area. In fact, most provinces still provide funding of only 3% to 5% of their health-care expenditures in programs that are health promotion or community health services. We think that has to change. Many studies over the years have demonstrated that. Three major commissions recently, the Evans report in Ontario, the Rochon report in Quebec and the Newfoundland royal commission report, all recommend reallocation of resources from illness care to health promotion and prevention.

• 1555

We believe that within this area of health promotion and prevention we also need to attend to environmental hazards. If we do not attend to those environmental hazards, we have little hope of really decreasing the incidence of diseases of the 1980s and 1990s.

When we look at our own profession, we also recognize that the current allocation of resources supports the illness-care focus of the Canadian system. For instance, of the 194,000-plus persons employed in nursing, only 11% work in community health and 83% work in sickness-oriented sites. That means the nursing population in large part is caring for individuals whose hospitalizations might have been prevented had a substantial proportion of the

## [Translation]

comme en fait foi le rapport *La santé pour tous*; nous estimons donc devoir prendre trois mesures pour y arriver. Premièrement, nous devons informer le public de ce qu'il en coûte actuellement dans le régime pour soigner les maladies. Deuxièmement, nous devons faire participer le consommateur à la santé de la collectivité, un aspect qui fait vraiment partie du modèle primaire des soins de santé. Troisièmement, nous rappelons la position que nous avons adoptée au cours des 10 dernières années—et en faisant cette déclaration, nous signalons également les problèmes que les provinces semblent d'accord pour dire que c'est là une étape nécessaire, puisqu'ils l'appliquent à l'échelle provinciale—autrement dit, la nécessité d'un conseil de santé canadien. Il s'agirait d'un organisme permanent et indépendant qui représenterait les consommateurs, les gouvernements, les professionnels des soins de santé. Il serait établi pour étudier les questions de soins de santé et pour recommander les politiques nécessaires pour le pays. Le conseil de la santé faciliterait les choses et respecterait les principes inhérents à la Loi canadienne sur la santé.

Nous voulons en troisième lieu vous parler des changements apportés dans le domaine de la prévention et de la promotion. Depuis de nombreuses années nous savons qu'il faut apporter des changements véritables pour modifier l'état de santé des Canadiens ou des citoyens de tout autre pays, et cela doit se faire dans le domaine de la promotion de la santé. Au Canada, nous n'avons pas connu au cours des ans de véritable changement à ce chapitre. De fait, la plupart des provinces continuent toujours à financer ces programmes de promotion de la santé ou des services de santé communautaires en n'y accordant que 3 p. 100 à 5 p. 100 de leur budget pour la santé. À notre avis, il faut que cela change. On a fait beaucoup d'études au cours des dernières années pour le prouver. Il y a eu récemment trois commissions importantes qui ont publié des rapports, le rapport Evans en Ontario, le rapport Rochon au Québec et le rapport de la Commission royale d'enquête à Terre-Neuve. Tous ces rapports recommandent une redistribution des ressources, qui devraient davantage servir à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, et moins au traitement curatif.

Dans ce domaine de la promotion de la santé et de la prévention nous sommes d'avis qu'il faudrait également tenir compte des dangers à l'environnement. Si nous ne nous en occupons pas, il y a très peu d'espoir qu'on puisse vraiment diminuer l'incidence des maladies au cours des années 80 et 90.

En examinant notre profession, nous voyons également que la répartition actuelle des ressources dans le régime canadien, met surtout l'accent, sur les soins en cas de maladie. Ainsi par exemple, plus de 194,000 personnes sont employées en nursing, mais seulement 11 p. 100 travaillent dans le secteur de la santé communautaire et 83 p. 100 dans des secteurs où l'on traite surtout les maladies. Cela signifie que la population infirmière en

## [Texte]

population been part of that community-based nursing population.

Therefore, the Canadian Nurses Association strongly supports initiation of better preventive, diagnostic and ambulatory care programs, reorientation of our health-care policies, and specifically we recommend that the moneys be allocated by the federal government for implementation of innovative health programs. We have demonstrated health programs long enough; we believe they must now be implemented on a wider scale.

We also believe there is a major need to modify the Canada Health Act to provide a wider range of services, so that it is amended to provide for the insuring of a wide range of services for promotion, conservation and restoration of health through reallocation of those resources.

We are very conscious and very appreciative of the advances we have made in this country in the technology of health care and of illness care in particular. But we now believe it is time to move into utilizing the lower-cost, highly qualified health-care providers and the services they can provide.

We have recent information from the Ministry of Health in Ontario in 1987 that demonstrates that consumers who use community health centres or health service organizations spend nearly 17% fewer days in hospital than those who use private practice physicians in Ontario. We recognize that there are increasing numbers of community health centres across the country, with some 40 government-funded centres in Ontario, 160 in Quebec, 35 in the western provinces, 25 in the Maritimes, and 4 in Newfoundland, but we believe those need to be expanded and their existence needs to be protected under the five principles of the Canada Health Act.

Therefore, our recommendations are that extended health services should be provided through insuring services provided in non-traditional settings and that alternatives to our high-cost, high-tech health-care systems should be developed.

In summary, I will summarize the four major recommendations:

1. that the Canada Health Act be amended to provide for ensuring extended health-care services for all Canadians and for the provision of a range of services for the promotion and conservation of health through reallocation of health-care resources;

2. that nurses and other health-care practitioners become points of entry to the system for assessment, care and referral;

## [Traduction]

général s'occupe des personnes dont l'hospitalisation aurait pu être évitée si une portion importante de la population avait été couverte par les soins infirmiers en secteur.

Par conséquent, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada appuie fortement la mise en place de services assurant de meilleurs soins préventifs, diagnostics et ambulatoires, ainsi que la réorientation des politiques de santé. Nous recommandons plus précisément que des sommes soient prévues par le gouvernement fédéral pour la mise en place de programmes de santé innovateurs. Nous disons depuis suffisamment longtemps que ces programmes sont utiles, et nous croyons qu'il faut maintenant les appliquer sur une plus large échelle.

Nous sommes également d'avis que la Loi canadienne sur la santé devrait être modifiée pour prévoir une gamme très étendue de services et qu'elle garantisse une plus grande diversité des services de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé par le biais d'une redistribution des ressources.

Nous sommes très conscients et très reconnaissants des progrès réalisés sur le plan technologique et en particulier dans le cas des soins donnés en cas de maladie. Nous croyons toutefois qu'il faut maintenant mieux utiliser les praticiens très compétents et moins coûteux et les services qu'ils peuvent assurer.

Nous avons récemment reçu les renseignements de 1987 du ministère de la Santé de l'Ontario portant que les consommateurs qui utilisent les centres de santé communautaire ou les organisations des services de santé passent près de 17 p. 100 moins de jours dans les hôpitaux que ceux qui s'adressent à des médecins du privé en Ontario. Nous savons qu'il existe davantage de polycliniques dont 40 sont financées par le gouvernement en Ontario, 160 au Québec, 35 dans les provinces de l'Ouest, 25 dans les Maritimes et 4 à Terre-Neuve, mais il en faudrait davantage. Il faudrait également protéger leur existence en vertu des cinq principes prévus dans la Loi canadienne sur la santé.

Nous recommandons donc que les services de santé soient élargis aux services assurés dans des établissements non traditionnels et qu'on trouve des solutions pour remplacer nos services très coûteux et très techniques lorsque c'est possible.

Je vais donc vous résumer nos quatre recommandations importantes:

1. que la Loi canadienne sur la santé soit modifiée pour garantir l'extension des services de santé à tous les Canadiens et pour prévoir toute une gamme de services axés sur la promotion et le maintien de la santé par le biais d'une redistribution des ressources réservées à la santé;

2. que les infirmières et les infirmiers de même que les autres professionnels de la santé soient chargés de l'évaluation, des cas, des soins et de l'acheminement des malades vers les médecins compétents;



[Text]

3. that the federal government encourage primary health care, including the further development of multi-disciplinary community health centres and home care services with involvement of the community in the planning of such health-care services.

4. that a permanent independent body representing consumers, governments and health-care professionals be created to examine the issues in health care and to recommend health-care policy for Canadians.

Thank you. We would be pleased to respond to questions.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Ritchie. Mrs. Dewar, do you want to lead off?

**Ms Dewar:** First of all, I would like to compliment Dr. Ritchie on her election. I do not know whether to sympathize with you or to congratulate you, but we are really pleased you are there.

• 1600

I think your comments are very topical and very good. I have some concerns about the fact that you are right. We have been saying these things for many years and we do not see any implementation.

When you are looking at the redirection of dollars and talking about 17% fewer days in hospital, you are beginning some pretty substantive figures. Have you done an actual dollar analysis?

**Ms Rodger:** We have not done an actual dollar analysis. We have used some of the studies done in different types of settings. Almost without exception those studies show a definite cost-effectiveness equation.

It becomes very difficult to make an extrapolation as it relates to the whole country because there are many variations of it. I think some of the studies at McMaster University talked of the kind of dollars that could be saved if the nurse practitioner concept, for example, was used in Ontario. It was a fairly significant amount of money.

We have not done for ourselves a country-wide extrapolation, but there is much research. We have an annotated bibliography if the committee is interested in it. I think Dr. Halliday had a chance to look it during the Canada Health Act debate to show the cost effectiveness of all surfaces that are community-based.

**Ms Dewar:** Mr. Chairman, my major concern in all of this is because I have been working at the policy level of health care for a long time and at the delivery level. Here I am at the political level.

Some of the things we predicted 10 years ago are coming to pass. We predicted at that time that if they kept

[Translation]

3. que le gouvernement fédéral encourage les soins de base, y compris l'expansion des polycliniques et des services à domicile tout en faisant participer la communauté à la planification de tels services;

4. qu'un organisme indépendant et permanent soit créé pour représenter les consommateurs, les gouvernements et les professionnels de la santé afin d'étudier les questions de santé et de recommander une politique de santé aux Canadiens.

Je vous remercie. Nous répondrons avec plaisir à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Ritchie. Madame Dewar, voulez-vous commencer?

**Mme Dewar:** Je voudrais tout d'abord féliciter le Dr Ritchie de son élection. Je ne sais pas si je dois sympathiser avec vous ou vous féliciter, mais nous sommes très heureux de vous accueillir ici.

Je crois que vos remarques sont tout à fait opportunes et très utiles. Vous avez raison, et cela m'inquiète un peu. Nous répétons ces choses depuis de nombreuses années mais rien ne bouge.

Lorsque vous parlez de redistribution des finances, et de 17 p. 100 de jours passés en moins dans les hôpitaux, ce sont des chiffres qui comptent. Est-ce que vous avez fait une analyse en dollars réels?

**Mme Rodger:** Nous n'avons pas vraiment fait d'analyse financière. Nous nous sommes servi des études qui avaient été faites dans divers domaines. Presque sans exception, ces études prouvent cette équation de rentabilité.

Il devient extrêmement difficile d'extrapoler à l'échelle du pays étant donné la grande diversité des situations. Des études ont été faites à l'Université McMaster et faisaient état des sommes qu'on pouvait épargner si le principe des soins infirmiers était appliqué en Ontario. L'épargne réalisée était assez importante.

Nous n'avons pas fait nous-mêmes d'extrapolation à l'échelle du Canada, mais il y a eu beaucoup de recherches dans ce sens. Si les membres du Comité s'y intéressent, vous trouverez dans nos documents une bibliographie annotée. Je crois que le Dr Halliday a eu l'occasion d'en prendre connaissance au cours du débat concernant la Loi canadienne sur la santé pour prouver la rentabilité de tous les aspects des services de santé communautaires.

**Mme Dewar:** Monsieur le président, je me préoccupe surtout de la chose parce que j'ai travaillé pendant longtemps au niveau des politiques de la santé et au niveau des prestations. Me voici maintenant au niveau politique.

Les choses que nous avions prévues il y a 10 ans ont maintenant cours. Nous avions prévu à l'époque qu'en



[Texte]

on the technology course and did not look at what the human resources were, when you look at hospital budgets you see an increase in technology constantly, but a real cutback in human resources.

The nurses are voting with their feet and leaving the profession because the burnout rate is high. We know it is happening. Ontario is complaining about not being able to meet deficits of the hospitals. A redirection of health care would do it.

I ask the Canadian Nurses Association if there are ways and means you can get input with your provincial chapters as well as what you are doing federally to try to emphasize... Teaching is not being done and demonstration of maintenance of health care is not being done. Patients are being discharged earlier without information. I could go on.

How are we going to get that input before there is a crisis in the country? I see something very serious happening and everybody will ask why we did not.

**Ms Ritchie:** I think across the country the provincial associations have been very active in trying to make similar kinds of presentations to the provincial health-care counsel commissions currently travelling the roads in Nova Scotia and who have been in other provinces with exactly the kinds of points you are making except with a little different twist.

Unless we can allocate resources to permit the preventive work, the preventive education and health counselling, both in the hospitals with people who are already sick and in the communities, we are just continually putting funds into the repair and putting band-aids on people's health problems that might have been prevented. We need not extra resources, but allocation of those resources to permit the nursing health education kinds of strategies that would permit it to happen.

I think the bigger issue has to be the allocation of resources in the communities. It has to be done before we get to the point of having people in the hospitals with problems. We are seeing some changes in that. Seat-belt legislation has made a considerable dent in that system, but there needs to be much more in terms of public policy change.

**Ms Dewar:** I have one more question. Did the CNA do any presentation to the Ontario government at the time when they set up the committee looking at the resources? They put doctors and administrators on it, I guess, but no nurses—no women as a matter of fact—and for people who are such a major resource in health-care delivery, it is worrisome.

• 1605

**Ms Rodger:** Mr. Chairman, a couple of comments about Ontario. Each of the provincial associations usually

[Traduction]

continuant dans la voie technologique sans tenir compte des ressources humaines, celles-ci diminueraient considérablement. On n'a qu'à regarder les budgets des hôpitaux pour se rendre compte de l'augmentation constante sur le plan technologique.

Si les infirmières et les infirmiers n'en peuvent plus, ils quittent la profession et leur taux d'épuisement est très élevé. Nous sommes au courant de la situation. L'Ontario se plaint de ne pouvoir combler les déficits des hôpitaux. Il faudrait un réaménagement des services de santé.

Je demande aux représentants de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada si, par le biais de ses antennes provinciales comme elle le fait sur le plan provincial, elle peut mettre l'accent... On ne s'occupe plus de l'enseignement ni du maintien des services de santé. Les malades sont renvoyés plus tôt des hôpitaux sans être informés. Je pourrais vous en dire encore bien davantage.

Que peut-on faire avant qu'il y ait crise? Je prévois que quelque chose de sérieux pourrait se produire et tout le monde se demandera pourquoi nous n'avons pas agi.

**Mme Ritchie:** Je crois qu'à l'échelle du pays les associations provinciales travaillent activement pour présenter des instances semblables à leurs commissions des services de santé. Elles sillonnent les routes de la Nouvelle-Écosse comme cela se fait dans d'autres provinces en suivant exactement les mêmes points que vous avec quelques petites différences.

À moins de pouvoir redistribuer les ressources pour permettre ce travail de prévention, l'enseignement de la prévention et l'orientation en matière de santé, à la fois dans les hôpitaux pour ceux qui sont déjà malades et dans les collectivités, nous continuerons, seulement à prévoir des fonds pour colmater la brèche et appliquer un cataplasme sur une jambe de bois, alors qu'on aurait pu prévenir les problèmes. Nous n'avons pas besoin de ressources additionnelles; il suffirait de redistribuer les ressources existantes pour y arriver.

Ce qui est le plus important, c'est qu'il faudrait redistribuer les ressources dans les collectivités. Il faudrait que ce soit fait avant que les gens soient hospitalisés et soient malades. On commence à voir des changements. La loi concernant la ceinture de sécurité dans les voitures a fait une différence énorme, mais il faudrait encore davantage pour changer la mentalité du public.

**Mme Dewar:** Je voudrais poser une autre question. Est-ce que l'Association a présenté un mémoire au gouvernement de l'Ontario lorsqu'on a créé un comité pour étudier les ressources? On avait prévu des médecins et des administrateurs à ce comité, je crois, mais aucune infirmière ou infirmier—de fait, aucune femme—et pour ceux qui sont si importants dans la prestation des services de santé, c'est inquiétant.

**Mme Rodger:** Monsieur le président, j'ai deux commentaires concernant l'Ontario. En général, les

## [Text]

lobby very hard to have the input of nurses. When you think that anybody can discuss the policy or orientation of a system where the people representing half of it are absent, it does not make much sense. You would not run any other business that way. You would have your people and your vice-president of production right at the table where policies and decisions are taken. There is always a lobby, because very often nursing is taken for granted and not really given much attention at the policy-making level, and that is very important.

I would like, if you will allow, Mr. Chairman, to give a little more information relating to the previous question in terms of nursing manpower, and there are a couple of items that I think are pertinent to your committee. On the nursing manpower scene in this country, as of the latest statistics available from 1987, there were close to 200,000 nurses actively working; in 1986 we had 160,000. When we look at the curve for nursing over the last five or six years, it has been increasing steadily; not by a large amount, but there has been an increase up to 200,000.

When we look at the number of students coming out of nursing programs, there is also a steady stream. When you look at the pool of young people wanting access to nursing programs, it is very wide, even though the deans and directors of schools are telling us that this year they have seen the pool diminish slightly. But in universities, for example, where you have eight applicants for one seat and they are very high-quality applicants, if the pool goes to six for one seat, you still have a lot of applicants.

There is no lack of candidates who want to enter nursing with the goal of helping people, and there is a steady stream. So why are we having a shortage and a problem in this country? One of the greatest problems we are seeing right now is a lack of planning for the demand by governments at all levels. They seem to think that if you open 600 beds in an area, you can go to the supermarket and pull a nurse off the shelf and she will be there to care for those 600 people. That is a very significant oversight, and when we talk of policies and planning and the importance of nursing manpower, it is very important.

We just did a small survey, because we do not have a good handle on the demand side. For example, we know from our member associations in Ontario that the Toronto area increased its number of beds and services. We just did our own local survey in Ottawa, asking hospitals and community centres how many beds they opened in the last two years, how many beds they opened this year, and how many beds they foresaw in the next two years. We were shocked to see that it totalled 600, with no planning for schools. So when you wonder why there is an imbalance, it is because there is a definite lack of planning. That is the first point I want to make.

## [Translation]

associations provinciales exercent de fortes pressions pour que les infirmières et infirmiers contribuent à l'élaboration de ces politiques. Il ne serait pas très logique de discuter de l'élaboration d'une politique ou d'un système sans la participation de la moitié des intervenants. Cela ne se produirait dans aucun autre secteur: les intervenants, les vice-présidents de la production, par exemple, participeraient directement aux décisions. Nos associations font toujours pression en ce sens, parce que malgré l'importance de la contribution des infirmières et des infirmiers, on en fait souvent fi, surtout au niveau de l'élaboration de politiques.

Monsieur le président, permettez-moi de fournir au Comité d'autres renseignements en réponse à la question antérieure concernant les effectifs. Selon les chiffres les plus récents, presque 200,000 infirmières et infirmiers travaillaient au Canada en 1987, tandis qu'en 1986, leur nombre n'a atteint que 160,000. Depuis cinq ou six ans, le nombre d'infirmières et d'infirmiers n'a pas cessé de croître de façon graduelle mais constante, pour atteindre le chiffre actuel de 200,000.

Par ailleurs, il ne manque pas de diplômés récents en soins infirmiers. Même si les directeurs des écoles nous font remarquer que le nombre de demandes a diminué légèrement, le volume de demandes d'admission à ces écoles est toujours très élevé. Par exemple, pour chaque place des programmes universitaires, huit personnes très qualifiées font une demande. Même si seulement six personnes se disputaient chacune de ces places, le nombre des candidats serait toujours très élevé.

On ne manque pas de candidats en soins infirmiers. Alors comment se fait-il que le Canada manque d'infirmières et d'infirmiers? En ce moment, un des problèmes majeurs tient à l'insuffisance de la planification dans toutes les instances gouvernementales. Nous avons l'impression, lors de l'ouverture de centres hospitaliers totalisant 600 lits dans une région donnée, par exemple, qu'on trouvera des infirmières compétentes le jour même. C'est un oubli majeur, surtout dans l'élaboration des politiques et dans la planification des effectifs.

Justement, parce que nous ignorions ou presque la demande actuelle, nous avons effectué un petit sondage. L'association ontarienne nous a dit que dans la région de Toronto on avait augmenté le nombre de lits disponibles et celui des soins fournis. Nous avons nous-même effectué un petit sondage ici à Ottawa: nous avons demandé aux centres et aux hôpitaux le nombre de nouveaux lits dont ils ont disposés depuis deux ans et dont ils allaient pouvoir disposer cette année et pendant les deux prochaines années. Nous avons été sidérés de constater qu'on prévoyait rendre disponibles 600 lits, sans du tout prévoir la formation nécessaire des effectifs infirmiers. Si vous vous demandez quelle est la cause de ce déséquilibre, c'est que la planification est manifestement insuffisante. Voilà ma première observation.



[Texte]

The second point relates to the satisfaction of nurses within the system. The number one reason for nurses who leave the profession and stay out is their place and role within the system, and their incapacity to provide the care they believe they should be providing to the public. So the utilization of nursing manpower is key, and when we look at the push to the high-technology world, there is, in compensation to that, the high-touch world that needs to give equilibrium to this phenomenon in society.

The human resources in nursing are the high-touch part of the system, and if not enough attention is paid to that side of the equation as far as number, satisfaction and role—and all this has a direct impact on the satisfaction of the consumer, the quality of care and a healthy population—something is going to break. We cannot keep the system going this way. We need to reform it, taking into account the attention needed to those pieces of the puzzle.

• 1610

**The Chairman:** Ms Copps, do you have some questions?

**Ms Copps:** First of all, I apologize for being late. I was in the House debating the government's move to extend hours. I must say in passing, with no reflection on the chairman, who is just terrific, we do not have another government member here. This is an issue they brought to the fore: it seems every time we have guests and witnesses who come forward, they either have to wait or even possibly would have had to cancel today.

I think it is unacceptable. The government is putting on a debate right now to extend hours in the House but cannot even make quorum for their own committees, which is outrageous. This is not related to your point, but I thought I would make the point because I was in the House speaking on that issue.

When I came in, you were talking about some amendments to the Canada Health Act. I wonder if you could elaborate on it a little bit. Last week we heard from the Consumers' Association of Canada in relation to the non-funded services, which seem to be expanding and over which the federal government is choosing to exercise no control.

I was under the impression that the current Canada Health Act would give the minister the power to intervene if the minister chose to exercise it. They had suggested something I found intriguing but somewhat disturbing: they were talking about setting up a committee including physicians and others to determine what are funded services. In actual fact in some cases sometimes the physicians do not mind de-funding services because then it goes back to the old fee-for-service model.

I do not know if you had a chance to see their brief. Could you comment on it? Do you feel the Canada

[Traduction]

Ma deuxième observation concerne le degré de satisfaction des infirmières et des infirmiers au sein du système. Les infirmières et infirmiers qui abandonnent leur profession citent comme raison principale la place où le rôle que le système leur accorde, ainsi que leur incapacité à fournir au public les soins qu'ils croient nécessaires. La bonne utilisation de ces effectifs est donc primordiale. Pour compenser la ruée de notre société vers les soins technologiques, il existe des soins affectifs.

En soins infirmiers, ce sont les personnes qui les fournissent. Si on n'accorde pas l'attention qu'il faut au nombre nécessaire d'infirmières et d'infirmiers, ni à leur satisfaction face à leur rôle—des facteurs qui ont une incidence directe sur la satisfaction du client, sur la qualité des soins fournis et donc sur la santé générale—on court un danger grave. Le système ne peut continuer à fonctionner ainsi. Il faut le réformer, en tenant compte des besoins de chaque groupe d'intervenants.

**Le président:** Madame Copps, avez-vous des questions à poser?

**Mme Copps:** J'aimerais d'abord m'excuser d'être arrivée en retard. J'assistais au débat à la Chambre sur le prolongement de la session. Soit dit en passant, et sans viser notre très aimable président, je remarque qu'aucun autre député du côté du gouvernement n'est présent. Même si c'est le gouvernement qui a soulevé la question sur laquelle le comité se penche, il me semble qu'on a fait attendre chaque invité et chaque témoin; on a même failli annuler la séance d'aujourd'hui.

C'est inadmissible. Tout en discutant du prolongement de la session, les membres du gouvernement sont incapables d'assurer le quorum au sein de leur comité. C'est honteux. Même si cette question n'a rien à voir avec les arguments des témoins, étant donné que je viens de prononcer un discours à ce sujet à la Chambre, j'ai cru utile d'en parler ici également.

Lors de mon arrivée, vous discutiez d'amendements à la Loi canadienne sur la santé. Pouvez-vous nous donner davantage de précisions? La semaine passée, l'Association des consommateurs du Canada a témoigné au sujet des services non assurés, dont le nombre semble augmenter et que le gouvernement fédéral choisit de ne réglementer d'aucune façon.

J'ai cru comprendre que l'actuelle Loi canadienne sur la santé autorise le ministre à agir s'il le désire. Une proposition de cette association m'a intriguée et inquiétée en même temps: on a proposé de créer un comité de médecins et d'autres intervenants qui décideraient des services à assurer. En fait, dans certains cas, cela ne dérange pas les médecins qu'un service ne soit plus assuré; cela leur permet désormais de se faire payer directement pour le service fourni.

Même si vous n'avez pas pu lire le mémoire de cette association, pouvez-vous nous faire part de vos



[Text]

Health Act is apparently sufficient or does it require amendments?

**Ms Ritchie:** I have not seen the brief. I will leave it to Ginette to answer if she has. As we said at the beginning, we have been off at our own meetings in Charlottetown for the last two weeks.

The amendment we are asking for in the Canada Health Act is to provide for ensuring a wider range of services. The services that are currently there are specifically very illness-oriented. The kinds of health promotion services we are asking for are not covered under the Canada Health Act. We are asking for the kinds of service that would try to make things more available within the community from health-care practitioners, who could be entry points.

**Ms Copps:** They were expressing concerns related to illness-oriented interventions: operations that have been de-funded or excluded, etc.

**Ms Rodger:** Mr. Chairman, I think that having one piece of the health-care system insured and another one not insured plays on both sides of the fence.

When you look at the definition of "comprehensiveness", you look at a service that is medically necessary; we insure hospitals and physicians. A government, like the Government of Alberta, for example, can say family planning is not medically necessary. It falls within the other spectrum of promotion of health or prevention of illness maybe. Therefore it is not theoretically medically necessary.

We can have a long debate on that, as you know. You can play on this because one part is insured and the other part is not. I think there is concern and our approach has been more global. We have been very strong supporters of the move made and voted unanimously by the three parties to curtail extra billing and user fees and to ensure accessibility for all Canadians. We still support that.

We believe that until the other part we need in the system is insured, you can always play those games. Until it is done, the consumer of health care is falling between the cracks.

Even without seeing the brief of the Consumers' Association of Canada, we certainly sympathize with it. We believe it is time for our country to look at a comprehensive health-care system, not merely the definition of "comprehensiveness" of the Canada Health Act, which is another kettle of fish.

**Ms Copps:** Have you noticed? I was glad they had brought up the issue even in relation to the more limited application, which deals with procedures that are "medically necessary" as opposed to health promotion funding mechanisms.

It has been my sense that over the last number of years, not only Alberta but also other provincial governments

[Translation]

commentaires à ce sujet? D'après vous, la Loi canadienne sur la santé semble-t-elle adéquate, ou faut-il la modifier?

**Mme Ritchie:** Je n'ai pas lu ce mémoire; si Ginette l'a lu, elle pourra vous répondre également. Comme nous l'avons déjà dit, nous assistons depuis deux semaines à notre conférence à Charlottetown.

Nous vous demandons de modifier la Loi canadienne sur la santé afin de faire assurer une gamme élargie de services. Il est évident que les services assurés actuellement se rapportent plutôt aux maladies. La Loi canadienne sur la santé ne prévoit pas d'assurer les services de promotion de la santé que nous préconisons. Nous demandons que soient assurés des services fournis par des praticiens dans la collectivité, qui pourraient envoyer des clients à des spécialistes au besoin.

**Mme Copps:** Cette association s'est inquiétée des interventions—chirurgicales, par exemple—pratiquées en cas de maladies qui ne sont plus assurées.

**Mme Rodger:** Monsieur le président, le fait que certains services de santé sont assurés et que d'autres ne le sont pas permet un double jeu.

Dans un effort de définir l'intégralité du système, on a assuré les services nécessaires du point de vue médical: les services fournis par les médecins ou dans des hôpitaux. Un gouvernement, celui de l'Alberta, par exemple, peut considérer que la planification familiale n'est pas un service nécessaire du point de vue médical, mais relève plutôt de la promotion de la santé ou de la prévention de la maladie: en principe, elle ne serait donc pas jugée nécessaire du point de vue médical.

Comme vous le savez, on pourrait discuter longuement de cette question. On peut jouer sur le fait que certains services sont assurés et que d'autres ne le sont pas. Cela nous préoccupe, et nous abordons ce problème de façon globale. Nous avons fortement appuyé la mesure proposée et adoptée à l'unanimité par les trois partis politiques qui limite la surfacturation et le ticket modérateur et assure l'accès au système à tous les Canadiens. Nous préconisons toujours ce principe.

D'après notre association, à moins que tous les services de santé ne soient assurés, on pourra toujours jouer ce jeu, et ce sera toujours le consommateur qui en souffrira.

Même sans avoir lu le mémoire de l'Association des consommateurs du Canada, nous abondons dans le sens de cet organisme. À notre avis, c'est le moment d'envisager un système global de santé, sans se limiter à la définition d'"intégralité" de la Loi canadienne sur la santé, ce qui est loin d'être la même chose.

**Mme Copps:** Avez-vous remarqué? J'étais heureuse de constater que cette association avait soulevé la question, même si elle s'est limitée à la distinction entre l'assurance des services nécessaires du point de vue médical et le financement de services de promotion de la santé.

J'ai cru comprendre que depuis quelques années, l'Alberta ainsi que d'autres gouvernements provinciaux

[Texte]

have chosen to cut out or to de-fund medically necessary procedures. The provincial governments claim that they are not medically necessary and the federal minister has basically said, whatever the provinces decide is medically necessary, it is in their ballpark. I wonder if you feel that the Canada Health Act should be written in a tighter fashion. The Consumers' Association of Canada suggested that there should be a national body to examine procedures, but my fear of that. . . In the Alberta case the ophthalmologists were quite happy to be taken out of the system because it meant that they could then charge the so-called market rate.

• 1615

I felt that, and I could be wrong, if the federal minister took a leadership role and said that these are medically necessary procedures, then he would be in a position to exercise enough influence on provincial governments to convince them to change. I have tried to get documentation from him to see what the difference is in operations, for example, in various provinces and that information has not been forthcoming.

You fought the Canada Health Act and won that battle, but now medicare is being threatened by tourniquet rather than by amputation, if I could use that example. Bit by bit we are losing things. It is starting to fall apart but nobody is saying, hey, let us put it together.

**Ms Rodger:** I think one could sit there and just look at it act by act. One could say: that is yes, that is no, and that will change in time.

My belief is that this is not the approach to take. This is not what we are here for. I think you are here because you are concerned with the health of Canadians; you are concerned with the health-care system of the future and you want to make the right decisions, right now, as Members of Parliament who have a responsibility for future generations. If you sit there and judge this act by act, I do not think it will take you anywhere.

I think if you look at the pieces of the puzzle that are there, if you look at what is missing in order to have proper health care and go towards that, you will bypass all of this. You will target the kind of health care that needs to be insured. Then you will not be doing it item by item. The way the act is written right now it is almost a no-win situation, because the act does not cover the nature of services; the act covers the service, the setting, and the provider.

I am sure that none of the parties welcomes an amendment to the Canada Health Act, knowing what happened the last time. When we analysed the act, we suggested that, instead of going strictly with setting and providers, we should go with the nature of services. This way, you pay and compensate the nature of services, which will avoid this kind of dilemma. That makes me a

[Traduction]

ont choisi de ne plus assurer certains services nécessaires du point de vue médical. D'après ces gouvernements, ces services ne sont pas effectivement nécessaires; pour sa part, le gouvernement fédéral a laissé cette décision aux provinces. D'après vous, faut-il rendre plus exigeantes les dispositions de la Loi canadienne sur la santé? L'Association des consommateurs du Canada a proposé la création d'une commission nationale qui se pencherait sur la nécessité médicale de tel ou tel service, mais dans ces cas-là, je craindrai que... Il a plu aux ophthalmologistes de l'Alberta que leurs services ne soient plus assurés, parce qu'ils avaient désormais la possibilité d'exiger les frais dits courants pour leurs services.

J'ai pensé, mais je pouvais me tromper, que si le ministre fédéral prenait l'initiative de dire qu'il s'agissait de procédures nécessaires sur le plan médical, il pourrait avoir suffisamment d'influence sur les gouvernements provinciaux pour les faire changer d'avis. J'ai essayé de lui demander des documents me permettant de voir la différence de fonctionnement, par exemple au niveau des diverses provinces, mais en vain.

Vous vous en êtes pris à la Loi canadienne sur la santé et vous avez gagné cette bataille, mais maintenant, c'est l'assurance médicale qui est menacée du garrot plutôt que de l'amputation, si je puis me permettre cet exemple. Nous perdons petit à petit du terrain. Le régime se désintègre progressivement, mais personne ne se porte à son secours.

**Mme Rodger:** On pourrait sans doute prendre les choses une par une et dire oui à certaines, non à d'autres, et en reporter encore d'autres à plus tard.

Je crois que ce n'est pas la bonne approche. Nous ne sommes pas là pour cela. Vous êtes là parce que vous vous préoccupez de la santé des Canadiens; vous vous occupez du régime de santé de l'avenir et vous voulez prendre les bonnes décisions dès maintenant, en tant que députés responsables devant les générations futures. Si vous vous penchez sur chaque détail un par un, vous n'arriverez à rien.

Si vous regardez l'ensemble du puzzle, si vous cherchez à voir ce qui nous manque pour avoir un bon régime de santé, vous allez laisser de côté tout cela. Vous allez vous concentrer sur les soins médicaux qui doivent être assurés. Vous n'aurez pas besoin d'entrer dans le détail. Dans son texte actuel, la loi est pratiquement une impasse, car elle ne couvre pas la nature des services; elle couvre le service, le cadre et le fournisseur.

Je suis sûr qu'aucun des partis ne se réjouit d'une modification de la Loi canadienne sur la santé, sachant ce qui s'est passé la dernière fois. Quand nous avons analysé la loi, nous avons suggéré, au lieu de nous en tenir strictement au cadre et aux fournisseurs, de nous concentrer sur la nature des services. En payant et en remboursant la nature des services, on évite ce genre de



[Text]

little parallel with the medically delegated act in nursing: when in hospitals, try to cover the waterfront. There is still a whole procedure of medically delegated acts, with a whole series of activities, recertification and all this.

When you look at this over a period of 10 years or 20 years, you will see a change and committees cannot keep pace with the change of technology. What required a big procedure 10 years ago is done on a regular basis today. A thermometer was a medical tool historically; now it is a people tool. The same thing is happening with hemodialysis and many other procedures.

I think the approach has to be a global approach, as it relates to the pieces that are insured to provide the health-care services to Canadians.

**Ms Copps:** May I ask one last question?

**The Chairman:** You had ten minutes and we are really short of time today. We have two more groups. I want to ask a brief question first and then Mr. Rosenbaum has one question.

I am really impressed and sympathetic with your concerns for more preventive care and a more promotional type of medicine. Also, I have picked up your suggestion that you want to reallocate funds. Rather than spending more funds, you want to be fiscally responsible. I wonder if you can reconcile for me how we are going to manage to do that. People are going to live longer if there is better promotional care and better preventive care. People are going to die from degenerative diseases, and most of our degenerative diseases lead to high-tech types of medical care, the so-called "illness care" which you are saying we should fund less of.

• 1620

That gives me some problems, because I think you are going to be suggesting we should take money away from Dr. Keon's institute here in Ottawa. I doubt if you mean that, but that is what it implies. I am wondering where you think we are going to find the money to do these preventive things by taking it away. . . . You actually said you want alternatives to high-tech, high-cost health care to be developed. What are we going to do when people live longer, develop degenerative diseases, have to have their hips replaced, their eyes, corneas, hearts, all the rest of it, because they have lived longer? How are we going to handle those costs? They are going to escalate rather than diminish.

**Ms Ritchie:** To some extent I think that is true; the need for some of those services will increase. On the other hand, the needs for some other services will decrease. So the funds get shifted around to some extent. There may indeed need to be an infusion of funds into the preventive services to begin with, so in the long term we begin to

[Translation]

dilemme. Cela m'amène au parallèle avec les actes médicaux délégués aux infirmiers: dans les hôpitaux, il faut couvrir les urgences. Il y a toujours toute une procédure de délégation d'actes médicaux, toute une série d'activités, de réhomologations, etc.

Si vous regardez la situation sur dix ou vingt ans, vous verrez qu'elle change et que les comités ne peuvent pas suivre l'évolution de la technique. Ce qui nécessitait toute une procédure complexe il y a dix ans est devenu une simple question de routine aujourd'hui. Autrefois, le thermomètre était un instrument médical; maintenant, tout le monde en a un. C'est la même chose qui est en train de se produire pour l'hémodialyse et bien d'autres traitements.

Il faut donc une approche globale sur la question des éléments assurés du régime de santé au Canada.

**Mme Copps:** Une dernière question?

**Le président:** Vous avez déjà eu dix minutes, et notre temps est compté. Il nous reste deux groupes à entendre. Je voudrais commencer par poser une brève question et laisser ensuite M. Rosenbaum en poser une.

Je suis tout à fait favorable à votre volonté d'assurer plus de soins préventifs et une médecine de type plus promotionnel. J'ai aussi pris bonne note de votre proposition de réattribuer les fonds. Au lieu d'en dépenser plus, il faut être plus responsable sur le plan financier. Je ne sais pas si vous pourriez m'expliquer comment vous pensez y parvenir. S'il y a une meilleure promotion et de meilleurs soins préventifs, les gens vont vivre plus vieux. Ils vont mourir de maladies dégénératives. Or, c'est le genre de maladies qui débouchent sur des soins médicaux qui font appel à une technologie très poussée, ces soins auxquels vous dites précisément qu'il faudrait consacrer moins d'argent.

Cela m'ennuie un peu, car vous allez sans doute proposer de diminuer les crédits de l'institut du Dr Keon ici à Ottawa. Je suppose que vous ne le souhaitez pas délibérément, mais c'est implicite. Où pensez-vous trouver l'argent nécessaire pour assurer cette prévention en retirant. . . . Vous avez dit que vous souhaitiez trouver des solutions de remplacement aux soins de santé coûteux qui font appel à une technologie de pointe. Qu'allons-nous faire quand les gens vont avoir une durée de vie plus longue, qu'ils vont avoir des maladies dégénératives, qu'il va falloir leur remplacer une hanche, un oeil, la cornée, le coeur etc, parce qu'ils vivront plus vieux? Qu'allons-nous faire face à ces coûts qui vont augmenter et non diminuer?

**Mme Ritchie:** Vous avez sans doute raison dans une certaine mesure, et cette demande va augmenter dans certains cas. En revanche, le besoin d'autres services diminuera. Il y aura donc un certain déplacement des fonds. Il faudra peut-être au départ un apport de fonds pour les services préventifs, afin de nous permettre à long



[Texte]

prevent the cardiovascular diseases, some of the environmentally or lifestyle-induced diseases that are currently absorbing the illness funds. So there maybe needs to be some infusion there.

However, there also needs to be some correction of inefficiencies in the system, with considerable expenditures on people who are being paid to do things other people could be doing, or inefficiencies in the system that are really misuses of hospital beds and high-cost care, such as extremely expensive investigative procedures, extremely expensive drugs, extremely expensive hospital beds, when other kinds of care resources could be utilized. So there are cost efficiencies that could be exercised within the system if the system were organized in a different way.

**Ms Rodger:** One additional piece of information you may be interested in looking at is that some of the theories of people studying the phenomena of aging and health care are changing. We are seeing the elderly who are sick and who have all those things; it is believed in some of the scenarios that with more health promotion, more prevention of disease, we are going to have greater longevity, but with a healthier population, which means people will not be living with an artificial hip, an artificial eye, and whatever, but will die—

**The Chairman:** Die from what?

**Ms Rodger:** Instead of being in high tech, they will die at the age of 100 from whatever disease. Instead of being all high-tech intervention, the whole trend of society in the care of the elderly and the life of the elderly is changing. I think it would be worth the while of the committee to look at some of those theories that were presented in one of the sessions by some of those experts who are doing studies in the United States. We would be pleased to give you the reference on this.

**Mr. Paul Rosenbaum (Researcher, Library of Parliament):** To follow on Dr. Halliday's question, the availability of acute beds in Canada has been slowly and steadily declining for more than a decade now. The number of separations per capita has also been declining. With reallocation of funds from the institutional sector to the community sector, how much lower can these numbers go? That is, does the Canadian Nurses Association have some view as to what an ideal ratio of acute beds to population would be?

**Ms Rodger:** No, we do not have an ideal ratio. I do not have the numbers before me, but you know that even though there has been a decline in Canada, we are still pretty high in number of acute-care beds per head of population in this country, compared with many other industrialized countries.

I think ideally what we would have to consider acute-care beds for is as episodic centres, where people go only in crisis situations. We are still today doing a lot of things

[Traduction]

terme d'éviter les maladies cardio-vasculaires et certaines des maladies liées à l'environnement ou au mode de vie qui engloutissent actuellement les fonds consacrés aux malades. On aura donc peut-être besoin d'un certain apport de fonds.

Il faut cependant aussi corriger un certain manque d'efficacité du système. Par exemple, on consacre des sommes considérables à payer des gens pour faire un travail que d'autres pourraient faire, on utilise mal les lits d'hôpitaux et on a recours à des soins extrêmement coûteux, par exemple des procédures de recherche ruineuses, des médicaments ruineux, des lits d'hôpitaux ruineux alors qu'on pourrait avoir recours à des solutions moins coûteuses. Donc, en réorganisant le système, on pourrait faire des économies.

**Mme Rodger:** Vous pourriez peut-être aussi vous interroger sur le fait que certaines des théories consacrées au vieillissement et aux soins de santé sont en train de changer. Nous voyons actuellement des personnes âgées qui sont malades et qui ont toutes ces choses; dans certains scénarios, on pense qu'avec une meilleure promotion de la santé et une meilleure prévention de la maladie, on va augmenter la longévité, mais on va aussi améliorer la santé générale de la population, ce qui veut dire que les gens n'auront plus besoin d'une hanche artificielle, d'un oeil artificiel etc., mais mourront. . .

**Le président:** De quoi?

**Mme Rodger:** Au lieu d'être entourés d'appareils très sophistiqués, ils mourront à 100 ans d'une maladie quelconque. Au lieu de tout concentrer sur ces moyens sophistiqués, la société est en train de changer complètement d'attitude sur la question des personnes âgées et de leur santé. Le comité ferait bien de réfléchir aux théories exposées par certains experts qui font des études aux États-Unis. Si vous souhaitez avoir les références, nous vous les communiquerons bien volontiers.

**M. Paul Rosenbaum (rechercheur, Bibliothèque du Parlement):** Pour poursuivre sur la question du D<sup>r</sup> Halliday, le nombre de lits pour malades aigus disponibles au Canada diminue régulièrement depuis plus de 10 ans. Le nombre d'interventions par habitant diminue aussi. Si l'on réaffecte les fonds du secteur institutionnel au secteur communautaire, jusqu'où peut-on continuer à faire baisser ces chiffres? Autrement dit, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a-t-elle une idée du nombre idéal de lits pour malades aigus par habitant?

**Mme Rodger:** Non, nous n'avons pas de ratio idéal. Je n'ai pas les chiffres sous les yeux, mais vous savez qu'en dépit de ce recul au Canada, nous avons encore un pourcentage élevé de lits pour malades aigus par habitant au Canada en comparaison avec de nombreux autres pays industrialisés.

Idéalement, je pense qu'il faudrait considérer les lits pour malades aigus comme des lieux de passage réservés à des urgences. Actuellement, ces lits sont encore utilisés

[Text]

in our acute-care hospitals that could be done differently. We are even involved in natural processes in hospitals.

• 1625

Take, for example, giving birth. I mean, we still do that in an illness type of centre. I would predict that because of the pressure—the financial pressure has some positive by-product—we will be forced to be more creative in the provision of health care. We can still reduce our number greatly by reviewing in a creative way all of the services we are providing in this expensive part of our system. We do not have a ratio, and that would be a trap to fall into, to develop a ratio. We believe that if we analyse the service per service area, we would find a lot of services that could be provided in the community, with some support.

**The Chairman:** Mr. McCrossan, are you desperate to ask a question? If you are, I would recognize you for one, I am sure.

**Ms Ritchie:** I would just like to add two things to the last answer. I think the current system forces the allocation of resources into hospital beds when perhaps those beds do not need to be there. Across this country we have, within the same city, many people undergoing day surgery in one institution and in-hospital admission for the same surgical procedure in another institution. It is totally illogical but there is no homecare service funding or community support services to cover these things.

The same kind of thing happens in relation to the care of either the chronically ill elderly or children with chronic illnesses. People are admitted to acute-care hospital beds because there is no respite service or community support system. So it could be a reallocation of the resources and a further decrease of beds.

**The Chairman:** Ladies, on behalf of the committee, may I thank you for being here? I believe you are located here in Ottawa so we can get back to you again if we have further questions, as we may have at a later date; we do not know. We do appreciate you coming to chat with us and answer our questions and I am sure we will see you back here at some time in the future.

**Ms Ritchie:** Thank you.

**The Chairman:** We will now call upon the representatives from the Canadian Psychological Association to come to the table please.

On behalf of the committee, I welcome you, gentlemen. I presume we have Dr. Michel Sabourin and you are the president-elect. Is that correct?

**Dr. Michel Sabourin (President-elect, Canadian Psychological Association):** Yes.

**The Chairman:** And with you are your colleagues, Dr. Pierre L.-J. Ritchie and Dr. Gilles Boulais.

You have very kindly provided us with a brief and some material here which we are pleased to have. We

[Translation]

bien souvent pour des quantités d'autres choses. Ils servent même à des activités naturelles.

Prenez le cas de l'accouchement. Il se pratique toujours dans le contexte d'un centre d'intervention médicale. Je crois que les pressions qui s'exercent—les pressions financières ont leur bon côté—nous allons être obligés de trouver des solutions plus créatives. On peut continuer à diminuer le nombre de ces lits en revoyant de façon imaginative tous les services que nous fournissons dans ce cadre coûteux. Nous n'avons pas de ratio, et nous ne voudrions pas tomber dans ce piège. Nous estimons que si l'on analyse la situation service par service, on va s'apercevoir qu'avec un peu d'aide, une grande partie des services pourrait être assurée au sein de la collectivité.

**Le président:** Monsieur McCrossan, vous voulez absolument poser une question? Si c'est le cas, je peux vous y autoriser.

**Mme Ritchie:** Je voudrais ajouter deux choses. Je crois que le régime actuel est axé sur la fourniture de lits d'hôpitaux alors qu'on n'a pas forcément besoin de ces lits. Partout au Canada, dans la même ville, on voit des gens subir une intervention chirurgicale dans une institution et en sortir la même journée alors que d'autres sont admis à l'hôpital pour la même intervention. C'est parfaitement illogique, mais il n'y a pas de financement des services à domicile ou de services de soutien communautaires pour ce genre de choses.

On trouve la même chose pour les soins apportés aux vieillards ou aux enfants qui ont des maladies chroniques. On les admet à l'hôpital où ils occupent des lits pour malades aigus parce qu'il n'y a pas d'alternative dans la collectivité. On pourrait donc réaffecter les ressources et diminuer encore le nombre de lits.

**Le président:** Mesdames, puis-je vous remercier au nom du comité de votre présence? Je crois que vous êtes basées à Ottawa, de sorte que nous pourrions vous recontacter éventuellement; nous ne savons pas encore si ce sera le cas. Nous vous remercions d'être venues bavarder avec nous et répondre à nos questions, et je suis sûr que nous aurons l'occasion de nous revoir.

**Mme Ritchie:** Merci.

**Le président:** Nous allons maintenant inviter les représentants de la Société canadienne de psychologie à se présenter.

Au nom du comité, je vous souhaite la bienvenue. Je crois que nous avons ici le docteur Michel Sabourin, et que vous êtes le président élu, c'est bien cela?

**M. Michel Sabourin (président élu, Société canadienne de psychologie):** Oui.

**Le président:** Vous êtes accompagné du docteur Pierre L.-J. Ritchie et du docteur Gilles Boulais.

Vous avez eu la gentillesse de nous communiquer votre mémoire et certains documents. Vous pourriez



[Texte]

would welcome a short presentation now which would allow some time for questions. We shall have to limit this to about 45 minutes, 50 minutes at the most.

**M. Pierre L.-J. Ritchie (directeur général, Société canadienne de psychologie):** Monsieur le président, membres du Comité, le mémoire que nous présentons aujourd'hui a été préparé par la Société canadienne de psychologie en collaboration avec le Conseil des sociétés provinciales de psychologie et du Répertoire canadien de psychologues offrant des services de santé.

J'ai l'honneur de vous résumer les grandes lignes de notre mémoire que vous avez devant vous, et je serai le seul à le faire. Mais les docteurs Boulais et Sabourin pourront également répondre à vos questions au besoin.

Nous sommes très heureux d'avoir l'occasion de présenter notre perspective sur le système et les services de santé au Canada.

I should note, in contrast to your introduction of Mrs. Rodger and the CNA, that we are not well known before the committee, but we hope to be.

In general terms—and this is one of the advantages of being preceded by an organization with the level of leadership which characterizes Canadian nurses—I would like to simply observe that there will be considerable similarity between the views of Canadian nurses and those of Canadian psychologists. In particular, we share concerns about accessibility and the need for a basic reorientation of Canada's health-care system. I hasten to add, however, notwithstanding that Dr. Ritchie of the nurses and I share the same family name, we are not related. Therefore, any similarities in view are not the result of collusion but of a shared perspective.

Professional psychology has practised in Canada for approximately 60 years and over that time has been characterized by its strong scientific base together with an emphasis on the human qualities of the health-care partnership between provider and consumer.

Psychologists have been leaders in researching and developing new methods of intervention for those problems which physicians and other health-care professionals have often found to be the most intractable to traditional medical intervention. Psychological services, when available, provide patients with alternatives to more costly interventions.

• 1630

I would like to address briefly some of the problems we see with Canada's present health-care system. We are all aware that some 20 years ago we inaugurated what has come to be an internationally recognized and allegedly comprehensive health-care system. It is also acknowledged that a fundamental reorientation is required to respond to changing needs in Canadian society as well as to a new

[Traduction]

commencer par un bref exposé, après quoi nous pourrions vous poser des questions. Nous allons devoir nous en tenir à 45 ou 50 minutes au maximum.

**Dr. Pierre L.-J. Ritchie (Director General, Canadian Psychological Association):** Mr. Chairman, members of the committee, our presentation today was prepared by the Canadian Psychological Association in cooperation with the Conseil des sociétés provinciales de psychologie and the Canadian Register of Health Service Providers.

I will have the honour of outlining the main points of our brief. However, Dr. Boulais and Dr. Sabourin will also be pleased to answer your questions.

We welcome this opportunity to present our opinion on the health care system in Canada.

Je constate que, contrairement à M<sup>me</sup> Rodger et à l'Association des infirmières et infirmiers, nous ne sommes pas très connus du comité, mais nous espérons le devenir.

D'une manière générale, et c'est l'un des avantages d'être précédés par une organisation aussi reconnue que celle des infirmières et infirmiers, je souhaiterais simplement dire qu'il semble y avoir beaucoup de points communs entre le point de vue des infirmières et infirmiers et celui des psychologues canadiens. Nous sommes en particulier sur la même longueur d'ondes pour ce qui est de l'accessibilité et du besoin d'une réorientation fondamentale de notre régime de santé. Je me hâte toutefois d'ajouter que, bien que le D<sup>r</sup> Ritchie, de l'Association des infirmiers et moi-même ayons le même nom, nous ne sommes pas parents. Toute similitude de points de vue n'est donc nullement le résultat d'une collusion, mais simplement d'une concordance de perspectives.

La psychologie professionnelle se pratique au Canada depuis une soixantaine d'années et elle a toujours été caractérisée par une solide base scientifique et une insistance sur les qualités humaines du partenariat entre fournisseurs de soins et consommateurs.

Les psychologues ont été à la pointe de la recherche et de l'élaboration de nouvelles méthodes d'intervention face aux problèmes insolubles par l'intervention des médecins traditionnels, les services psychologiques offrent aux malades des solutions de remplacement à des interventions plus coûteuses.

Permettez-moi de vous lire quelques mots des problèmes que nous constatons actuellement dans le régime de santé du Canada. Il y a une vingtaine d'années, nous avons inauguré un régime de santé apparemment complet et qui devait être reconnu sur le plan international. On admet aussi qu'il faut réorienter fondamentalement ce régime pour répondre à l'évolution



*[Text]*

social and economic climate. I think what we have to recognize above all is that the current system is not really comprehensive nor universal, and it is certainly not a very well-integrated system.

I think one of the basic questions we could pose is whether we want a system that is predominantly reactive or one which is proactive? Since medicare has been introduced most of the expenditures have been on physician-based or physician-generated services, particularly hospital care, lab tests, prescription drugs, as well as the actual fees to physicians; yet less than 2% of the total national expenditure on medicare is devoted to health protection, health promotion and public health activities. As a result, a disproportionate share of money and support has been directed toward episodic illness care, to the detriment, we think, of health promotion and prevention.

This basically reactive system with a heavy reliance on pharmaceuticals and institutionally based services has in very recent years become most costly and inefficient. For example, Ontario reports a 14% increase for its drug benefit plan in 1987. Yet it is estimated that as many as 20% of elderly patients in hospitals are admitted for adverse reactions to drugs.

The evidence is increasingly clear that a broad spectrum of physical disorders are known to be influenced by psychological factors, including stress and lifestyle variables, which are determined by personal attitudes and behaviour; to name but two fairly straightforward examples, cardiovascular disease and gastric ulcers, I think, are well known in that respect.

Contemporary psychological and medical research, as well as psychology's contribution to new treatments, provides a sense of the importance of psychological services to the health status of Canadians; yet funding and bureaucratic barriers to accessing these services add an additional and artificial confound to the system.

I would like to focus for a moment in this introduction, because we believe that it is the real health challenge of the 21st century, on Canada's aging population. It is not news to state before this committee that demographic projections indicate a 40% increase in the number of Canadians 65 years of age and over by the year 2001, and a 130% increase for another 20 years after that.

Projections of the need for long-term-care beds require construction activity amounting to 1,300-bed long-term-care facilities to be able to accommodate these elderly Canadians, if we are to maintain the system the way it is structured now. These facilities are especially costly to build and to operate. We suggest that to contain costs, while maintaining quality of life, community-based alternatives will be required.

*[Translation]*

des besoins de la société canadienne et du climat socio-économique. Il faut surtout reconnaître que le régime actuel n'est pas vraiment complet ni universel, et qu'il n'est certainement pas parfaitement intégré.

L'une des questions fondamentale est de savoir si nous voulons un système essentiellement réactif ou proactif. Depuis l'introduction de l'assurance médicale, l'essentiel des dépenses correspond à des services fournis par les médecins ou les chirurgiens, en particulier les services hospitaliers, les tests en laboratoire, les médicaments sur ordonnance et les honoraires des médecins; or, moins de 2 p. 100 des dépenses nationales consacrées à l'assurance médicale sont consacrées à la protection et à la promotion de la santé ainsi qu'aux activités de santé publique. En conséquence, on consacre une part excessive de l'argent et des moyens à lutter contre des maladies épisodiques au détriment de la promotion et de la prévention.

Ce système fondamentalement réactif qui fait lourdement appel aux produits pharmaceutiques et aux services en institution est devenu éminemment coûteux et inefficace ces dernières années. Le régime d'assurance médicaments de l'Ontario a par exemple enregistré une augmentation de 14 p. 100 en 1987. Or, on estime que jusqu'à 20 p. 100 des personnes âgées admises en milieu hospitalier le sont à la suite de réactions à des médicaments.

Il est de plus en plus clair qu'un vaste éventail de désordres physiques sont liés à des facteurs psychologiques, notamment le stress et le mode de vie, qui sont liés à des attitudes et à un comportement personnel; je me contenterai de mentionner deux exemples bien connus, les maladies cardio-vasculaires et les ulcères à l'estomac.

Les recherches psychologiques et médicales contemporaines ainsi que la contribution de la psychologie aux nouveaux traitements ont mis en évidence l'importance des services psychologiques pour le bien-être des Canadiens; pourtant, les entraves financières et administratives qui limitent l'accès à ces services ne font qu'aggraver artificiellement la lourdeur du système.

Permettez-moi de me concentrer quelques instants dans cette introduction, car nous pensons que c'est le véritable défi que nous devons relever au 21<sup>e</sup> siècle sur la population vieillissante du Canada. Le Comité sait très bien que le nombre de Canadiens âgés de 65 ans et plus va augmenter de 40 p. 100 d'ici l'an 2001, et de 130 p. 100 au cours des 20 années suivantes.

À long terme, il faudrait construire des institutions de 1,300 lits pour soins à long terme pour répondre à la demande de ces personnes âgées, si l'on maintient le régime actuel. Ce genre d'institutions coûte extrêmement cher à construire et à exploiter. À notre avis, tout en maintenant la qualité de la vie, il faudrait mettre sur pied des solutions de remplacement communautaire.

[Texte]

Anyone who has worked with the elderly for any period of time knows that typical problems with the aged require psychological interventions around matters of cognitive decline, behavioural or emotional problems, agoraphobia and depressive disorders, atypical grief, and bereavement. These problems require clinical or neuropsychological assessments followed by brief interventions with the patient or their family and the community agency which typically provides the real primary services.

At present there are serious barriers to community-based access to psychological services for the elderly, either through direct service or through consultation with other care-givers. Although larger numbers of psychologists will need to develop expertise in psychogerontology, those who currently practise in this field are concentrated in big, highly specialized institutional settings. Their priority is usually with in-patients. There is little time or funding for proactive, prevention-oriented services. Similarly, community-based care-givers, in-home care programs and nursing homes have no funding source through which to access psychological consultation. Yet, it is often exactly such consultation which is needed to address the cognitive and behavioural problems that characterize some of the most vexing problems confronted by those working with the elderly.

• 1635

I could go on at this point and talk about problems of the vulnerable child—that is children who not long ago would not have survived infancy but who now survive into the system—but I simply refer you to the brief in that regard and would entertain your questions on it.

I would draw attention to the AIDS phenomenon as another area. Psychologists do participate in the care of patients of this physically and psychologically devastating disease. But once again, if we look at the prevention of AIDS, it is by definition fundamentally a function of attitudes and behaviour, and these are precisely the factors which psychologists are especially knowledgeable to address.

Despite their prevalence, we unfortunately find that the response to these psychological problems, as well as psychological factors associated with physical illness, is not optimal. Although generally acknowledged as important, efficient, and valuable, psychological services are not adequately integrated into modern health-care delivery. A physician who has failed to cure a patient with treatment for the physical component of the illness is often forced to continue to respond within the armamentarium available to them, which often focuses on the prescription of psychotropic drugs, and too often the results are unnecessary cost in both human and fiscal terms.

[Traduction]

Quiconque a eu l'occasion de travailler avec des personnes âgées sait très bien que la plupart du temps, il faut intervenir au niveau psychologique sur des questions liées à la baisse cognitive, à des problèmes de comportement ou d'affectivité, à l'agoraphobie ou à la dépression, à une dépression atypique ou à un deuil. Ces problèmes nécessitent une évaluation clinique ou neuropsychique suivie de brèves interventions auprès du patient ou de sa famille et de l'organisme communautaire qui assure normalement les véritables services de base.

À l'heure actuelle, les personnes âgées ont beaucoup de difficulté à avoir accès à des services psychologiques au niveau de la collectivité, soit dans le cadre de services directs, soit par le biais d'une consultation avec d'autres agents du personnel médical. Il faudra sans doute que le nombre de psychologues spécialisés en psychogérontologie augmente, mais ceux qui exercent actuellement dans ce domaine sont concentrés dans de grands établissements hautement spécialisés. Ils s'occupent généralement en priorité des personnes hospitalisées. Ils n'ont ni le temps ni les moyens de pratiquer des interventions proactives et axées sur la prévention. De même, il n'y a pas d'argent pour permettre une consultation psychologique au niveau de la collectivité ou de programmes de soins à domicile ou autres. Pourtant, il suffit souvent de ce genre de consultation pour résoudre les problèmes cognitifs de comportement auxquels sont constamment confrontés les personnes qui travaillent avec des personnes âgées.

Je pourrais continuer en vous parlant du problème des enfants vulnérables, des enfants qui, il n'y a pas si longtemps, n'auraient pas survécu, mais qui peuvent le faire de nos jours, mais je vous renvoie simplement à notre mémoire et je suis à votre disposition pour répondre à vos questions sur ce sujet.

J'attire aussi votre attention sur le problème du sida. Les psychologues ont une action auprès des victimes de cette maladie qui fait des ravages terribles sur le plan psychique et physique. Mais là encore, si l'on parle de prévention du sida, on parle fondamentalement d'attitudes et de comportements, c'est-à-dire précisément les facteurs sur lesquels les psychologues sont les plus à même d'intervenir.

Malgré la fréquence des problèmes psychologiques et des facteurs psychologiques liés à la maladie physique, on constate malheureusement que les moyens mis en oeuvre ne sont pas idéaux. Bien qu'ils soient généralement considérés comme importants, efficaces et précieux, les services psychologiques ne sont pas correctement intégrés à la médecine moderne. Le médecin qui ne réussit pas à soigner un patient en intervenant seulement sur l'aspect physique de sa maladie est souvent obligé de poursuivre en ayant recours aux instruments dont il dispose, c'est-à-dire souvent en prescrivant des médicaments psychotropes, ce qui entraîne trop souvent des résultats excessivement coûteux sur le plan humain et financier.



*[Text]*

I would now like to briefly comment on our view of Canada's health-care system as a health-care economy and the implications it has for access to psychological health care. Most Canadians think of the national health-care system as being publicly controlled, but the system actually continues to operate as a mixed economy, with public and private elements; and psychological services exemplify this reality, with publicly funded services being largely based in institutions and privately funded services being mostly community based.

When we consider what this means in terms of barriers to access, what we end up doing, we suggest, is increasing the personal and the public cost of suffering. Most patients referred to psychologists are already suffering from stress or other emotionally based problems. The realization that needed health care is not available to them because of the cost barrier intensifies this stress. It dissuades many patients from seeking treatment. The apparent cost of psychological services clearly undermines the principle of universality and prevents patients from accessing health services for which psychologists are often the primary innovators and practitioners.

Under the current system of funding psychological services, most individuals are seen by psychologists in public institutions such as general and psychiatric hospitals and community clinics. It has been repeatedly noted in British Columbia and Ontario, and in most other provinces as well, that out-patients referred to hospital-based psychologists have to wait several months before even being assessed to determine if appropriate treatment is available. This is because of a large demand for psychological services in hospitals, and psychologists in these settings tend to prioritize their practice to the treatment of in-patients. Increasingly, though, psychologists providing such services are overburdened, both on the in-patient as well as on the out-patient basis. I should note that they are not even available in all hospital settings.

I am sure this committee is interested in cost effectiveness of any service it is going to look at in the health-care system. There is compelling evidence across the past 20 years that access to effective psychological services not only improves the quality and appropriateness of care but also significantly offsets health-care costs by reducing over-utilization of increasingly expensive medical services directed toward patients with emotional, cognitive, social, and physical problems. Once again I would simply refer you to the brief and accompanying materials for a more detailed presentation of those findings.

The alternative to in-patient treatment or a long and likely problem-exacerbating wait for institutionally based out-patient treatment, is for the individual in distress to be referred to a psychologist in a private, community-based

*[Translation]*

Je vais maintenant vous dire quelques mots de notre point de vue sur le régime de santé du Canada, d'un point de vue économique et ses implications en matière de soins psychologiques. La majorité des Canadiens pensent que notre régime de santé est un régime contrôlé publiquement, mais en réalité, ce régime fonctionne comme une économie mixte, avec des aspects publics et privés; les services psychologiques en sont un parfait exemple, leur volet public étant essentiellement concentré sur les institutions, cependant que les services à financement privé se retrouvent surtout au niveau de la communauté.

Si l'on réfléchit aux problèmes d'accès que tout cela entraîne, on s'aperçoit qu'on aggrave le coût personnel et public de la souffrance. La majorité des patients orientés vers des psychologues souffrent déjà du stress ou d'autres problèmes affectifs. Quand ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent pas, pour des raisons financières, avoir accès aux soins dont ils ont besoin, leur stress s'accroît encore. De nombreux patients renoncent à se faire traiter. De toute évidence, le coût apparent des services psychologiques remet en cause le principe de l'universalité et empêche les patients de bénéficier de soins qui sont, bien souvent, élaborés et prodigués par les psychologues.

Étant donné le mode de financement actuel du système, les psychologues voient la majorité des individus en consultation dans des institutions publiques, par exemple des hôpitaux généraux ou psychiatriques et des cliniques. On a dit maintes et maintes fois en Colombie-Britannique et en Ontario, ainsi que dans d'autres provinces, que les patients envoyés en consultation externe pour rencontrer des psychologues en milieu hospitalier doivent attendre plusieurs mois pour savoir simplement si l'on peut leur administrer un traitement adéquat. Cela tient à la demande élevée de services psychologiques dans les hôpitaux, et au fait que les psychologues de ces institutions ont tendance à s'occuper en priorité des personnes hospitalisées. Toutefois, les psychologues qui assurent ces services sont de plus en plus surchargés, aussi bien à l'intérieur de leur service qu'au niveau des consultations externes. D'ailleurs, on n'en trouve même pas partout dans les hôpitaux.

Je suis certain que votre comité se préoccupe de la rentabilité de tous les services de santé. Il est plus que largement prouvé, depuis vingt ans, que le fait de bénéficier de soins psychiques permet non seulement d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, mais aussi de réduire considérablement le coût de la santé en diminuant le recours à des services médicaux de plus en plus coûteux pour résoudre des problèmes qui sont uniquement des problèmes affectifs, cognitifs, sociaux et physiques. Je vous renvoie là encore à notre mémoire et aux documents connexes qui présentent, de façon plus détaillée, nos conclusions.

Pour éviter l'hospitalisation ou une attente excessivement longue qui risque d'aggraver le problème, s'il s'agit simplement d'une consultation externe, l'individu peut s'adresser à un psychologue exerçant dans



[Texte]

practice. Many individuals of low and middle income are not able to afford and therefore not able to obtain such psychological services. As a result, inappropriate services may be used or the individual may elect not to obtain treatment. Unfortunately, a number of studies have confirmed that lower socio-economic status groups experience the greatest proportion of stress-related problems associated with ill health, job loss, inadequate housing, marriage breakdown, and family disintegration. Community-based psychological services theoretically offer an alternative for those who cannot personally afford to pay for private treatment. However, for the most part, coverage provided by this arrangement is inadequate to ensure equal access to these services for all Canadians.

• 1640

In the public sector, there are no provincial medicare schemes that provide services offered by a psychologist. I have to tell you, as one who has been in his current role for about two months and who has been a practitioner for quite a while now, that one of the most surprising things we find in psychological practice is that most GPs do not know that psychologists are not covered by their provincial medicare plan. It is only when it is pointed out to them in the context of a referral or a series of referrals they have made, some of which the patient may not have followed through on because of cost, that the physician becomes aware.

In Ontario, at least, we have worked closely with the College of Family Physicians on seeing how we can improve on that situation, and we know that there are other health-care practitioners, not limited to physicians, who would welcome psychologists being included as a covered service under the medicare scheme.

In the private sector, major medical insurance companies that provide extended health-care plans provide minimal coverage for psychological services compared with the coverage for services provided by other specialties. I would rather, in the context of my introduction, not simply list the statistics for you. They are, again, in the brief as examples of the discrepancy.

There has been an emerging trend in some business and industry for employee assistance programs to provide broader coverage for psychological services. Unfortunately, such EAPs are the exception to the rule. Access to non-institutionally based psychologists, as a result, is significantly limited by the public's ability to pay for those services.

There is an additional barrier to access to psychological services that would appear endemic to rural and remote communities. People living in such areas often do not have reasonable access to these needed psychological services. Institutions are typically located in more densely populated areas, and professionals who are required and who could be available have little incentive to do so because the system is not set up to fund them or the patients who need to access them.

[Traduction]

le privé. Mais beaucoup de personnes à faible ou à moyen revenu n'ont pas les moyens de le faire et sont donc privées de ce genre de services psychologiques. Elles risquent donc de faire de mauvais choix ou de renoncer à se faire traiter. Malheureusement, diverses études ont confirmé que c'est dans les groupes socio-économiques les moins favorisés que l'on trouve le plus grand nombre de problèmes de stress liés à la maladie, au chômage, à de mauvaises conditions de logement, et à la désintégration du mariage et de la famille. En théorie, les services psychologiques au niveau de la communauté constituent une solution de remplacement pour ceux qui n'ont pas les moyens de se payer un traitement privé. Toutefois, en général, la couverture ainsi fournie ne suffit pas à assurer à tous les Canadiens un accès égal à ces services.

Dans le secteur public, les soins des psychologues ne sont couverts par aucun régime d'assurance-maladie provinciale. J'occupe mon actuel poste depuis deux mois mais ça fait longtemps déjà que je pratique mon métier. Or l'une des choses les plus étonnantes c'est que la plupart des omnipraticiens ne savent pas que les soins assurés par les psychologues ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie provinciale. Ce n'est que lorsqu'on le leur signale après qu'ils ont envoyé un de leurs patients chez un psychologue et qui abandonne leurs consultations à cause des frais justement, que ces omnipraticiens apprennent la chose.

Dans la province de l'Ontario, nous nous sommes concertés avec le Collège des médecins de la famille pour voir comment remédier à cet état de choses. D'ailleurs il y a des personnels soignants autres que les médecins qui seraient tout à fait d'accord pour que les soins des psychologues soient remboursés par l'assurance-maladie.

Dans le secteur privé, certaines compagnies d'assurance qui offrent une assurance médicale remboursent en partie du moins les frais de psychologues, mais c'est peu de chose par rapport aux autres spécialistes. Je ne peux pas vous citer de chiffres que vous trouverez d'ailleurs dans le texte et dans notre exposé.

Les régimes d'assurance-maladie spéciaux offerts par certaines entreprises commencent à rembourser, en partie du moins, les consultations de psychologues. Mais malheureusement, c'est encore rare. Donc les patients hésitent à consulter un psychologue en privé, ces visites n'étant pas remboursées.

De plus les habitants des régions rurales ou des agglomérations reculées n'ont guère accès à des psychologues. La plupart des établissements de soins sont en effet situés dans les régions à forte densité de population; d'autre part la plupart des spécialistes ne veulent pas aller travailler dans les régions reculées pour différentes raisons.

## [Text]

To attract psychologists to tertiary areas and to secondary centres where psychological health-care services are not available to both adults and children, publicly supported fee-for-service arrangements and/or a rural incentive program needs to be put in place.

Community psychologists, I think it is worth noting, would be better able to deploy themselves and their services with much greater flexibility and would get around the problem of psychologists being only people who are employed in institutional settings and who therefore essentially become the property of those settings and have to follow the priorities of the settings rather than of the community.

The issue of flexibility is one of the basic principles that one could extend in terms of the advantage of community-based psychological services wherever one lives in Canada. Although the problem is certainly more acute in rural areas, the principle applies everywhere.

On balance, then, we believe it is clear that a more optimal balance is required between acute physical medical response to illness and health promotion and prevention efforts. For the last 15 or 20 years—and I believe some of you noted this in previous questioning—much has been said about the importance of psychological adjustment and lifestyle factors. These are fundamentally behavioural in nature and are essential to the success of prevention programs, health maintenance, and the achievement of wellness.

We certainly support the initiatives of the current Minister of National Health, Mr. Epp, and the federal government's recent additional funding for illness prevention and health promotion activities. However, a broader reorganization of the health-care system is required. Greater efficiency and cost effectiveness will be achieved, we believe, by better integration of psychological services into Canada's health system. We believe this will make health promotion and illness prevention more prominent aspects of health-care delivery, and we have listed for you at the conclusion of our brief a series of recommendations, which I will simply summarize.

The first group addresses health promotion, illness prevention, and the achievement of wellness. We are simply saying that the federal government should designate these aspects of health care as national priorities and provide categorical funding allocations for these health services. To some extent, one could argue that is being done already. What we suggest would be innovative is that a substantial portion of the funding of all health-care interventions should be tied to the provision of strong health promotion, wellness, and illness-prevention components.

Our second set of recommendations addresses accessibility of community-based services. We believe that accessibility to community-based services of all primary care areas is essential to secure the objective of a truly universal and comprehensive health-care system. We

## [Translation]

Si l'on tient vraiment à attirer les psychologues dans ces régions où ce genre de soins sont actuellement introuvables, il faudrait que ces spécialistes soient payés par les pouvoirs publics ou encore qu'ils soient matériellement encouragés à s'installer dans les régions rurales.

Actuellement la plupart des psychologues sont obligés de travailler dans le cadre d'un établissement de soins dont ils dépendent entièrement ainsi que leurs priorités plutôt que de prendre en compte les besoins des malades. En allant travailler dans les agglomérations, les psychologues seraient à même de répondre aux besoins de la population.

Si chaque agglomération pouvait avoir ses propres psychologues, les patients auraient bien plus de choix, surtout dans les régions rurales, mais ce serait vrai pour l'ensemble du pays.

Il faut donc établir un meilleur équilibre entre les soins des maladies aiguës d'ordre physique et la promotion de la santé et la prévention. Depuis une vingtaine d'année, il est beaucoup question de l'importance de l'adaptation psychologique et des effets de différents modes de vie. Ceux-ci sont d'une importance capitale pour la prévention.

Nous appuyons donc pleinement les initiatives de M. Epp, ministre de la Santé qui a débloqué des crédits nouveaux pour renforcer la prévention. Mais c'est le régime de santé tout entier qui doit être repensé. On obtiendrait de meilleurs résultats, à notre avis, en intégrant mieux la psychologie dans notre régime de santé. Cela devrait permettre de renforcer la prévention. Je voudrais maintenant, si vous le permettez, résumer nos recommandations qui figurent dans le texte de notre exposé.

Les premières concernent la promotion de la santé et la prévention. Le gouvernement fédéral devrait en faire une des priorités nationales du pays et pour ce faire augmenter très sensiblement les crédits. Il l'a d'ailleurs déjà fait dans une certaine mesure. Une bonne partie des crédits de santé devrait servir notamment à la prévention.

Deuxièmement il y a la question de l'accès aux services de soins communautaires. L'accès aux services de soins communautaires est la clé de voûte de l'assurance-maladie ouverte à tous. Des crédits devraient particulièrement être affectés pour pouvoir rembourser les consultations de



[Texte]

believe that special attention has to be given to reducing barriers to accessing these services—and we mean, in our case, psychological services—by the elderly and their caregivers through the provision of categorical funding for such services. We illustrate for you in the brief how we think that can be done.

• 1645

We also believe categorical dollar allocations within cost-sharing programs to ensure increased provision of psychological services within hospitals, public clinics, and community health centres is also feasible. Really to ensure universal accessibility to comprehensive and integrated community-based health services, however, we think will require an amendment to the Canada Health Act, because we believe the federal government should set a national mandate for the inclusion of psychological services in provincial and territorial medicare plans, as an alternative to keeping public-sector support of psychological services exclusively institutionally based.

We believe in the area of research, which is our third area, simply to carry forward the notion of integration and to promote a more cohesive system, federally supported research related to health and illness should be co-ordinated to ensure that strategic objectives and national priorities are effectively promoted through timely research.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Ritchie.

**Mr. McCrossan:** Dr. Ritchie, if I followed your brief, the implication was that by restricting covered services, or covered-through-government services, to the institutional setting, you are seeing more serious cases that could have been more effectively dealt with in a community-service base earlier. Is that indeed a correct summary of your brief?

**Dr. Ritchie:** I think you have grasped it pretty well, sir. We are not suggesting there will ever be a time when there will not be some patients with very acute needs who require those kinds of institutional services, but we are certainly suggesting that timely intervention would decrease the need for utilization of hospital-based care if it were available in the community at an earlier time.

**Mr. McCrossan:** Could I ask, then, about the diagnosis for psychological care in the first place? Should it be at the level of the GP identifying it, or are there some paraprofessionals who might identify when further referral is needed? If it is done on a community base, who makes the referral to the psychologist?

**Dr. Ritchie:** The gatekeeper issue I think is important, probably both for financial reasons and for reasons of good clinical care. At present referrals are received from a wide variety of sources. The head of the list would be GPs. However, because the system is not currently funded under medicare, you are not restricted to receiving referrals through a GP or another primary health-care

[Traduction]

psychologues en particulier pour les personnes âgées. Vous trouverez dans notre mémoire plus de détails à ce sujet.

On devrait également pouvoir affecter des crédits spéciaux dans le cadre des programmes à frais partagés afin de multiplier les consultations de psychologues dans le cadres des hôpitaux, des cliniques et des centres de santé communautaires. Et si l'on tient réellement à ce que tous soient réellement couverts par le régime de santé, il va falloir modifier la Loi canadienne sur la santé; nous sommes en effet d'avis que le gouvernement fédéral devrait obliger les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux à rembourser les consultations de psychologues de façon à ce que les malades ne soient pas obligés, comme maintenant, à se rendre dans un établissement hospitalier s'ils veulent consulter un psychologue.

En ce qui concerne la recherche, il faut veiller à l'intégration et à la cohérence des travaux de recherche de façon à ce que ceux-ci répondent aux objectifs nationaux.

**Le président:** Merci monsieur Ritchie.

**M. McCrossan:** En ne remboursant les consultations de psychologues à condition seulement que ces derniers travaillent dans le cadre d'un établissement hospitalier, vous êtes obligé de traiter uniquement des cas graves qui auraient pu être mieux traités et plus tôt dans une clinique de quartier.

**M. Ritchie:** C'est bien cela. Il est évident qu'il y aura toujours des malades graves qui devront se rendre à l'hôpital pour consulter un psychologue; mais si les patients pouvaient consulter un psychologue avant d'en arriver là, certains d'entre eux ne seraient pas obligés par la suite à se rendre à l'hôpital.

**M. McCrossan:** Qui est-ce qui doit poser le diagnostic? Est-ce l'omnipraticien ou bien un autre professionnel de la santé qui doit envoyer les malades consulter un psychologue?

**M. Ritchie:** C'est en effet une question importante aussi bien au plan financier qu'au plan médical. Les malades nous sont actuellement envoyés par différentes personnes, mais surtout par des omnipraticiens. Mais comme nos consultations ne sont pas remboursées, nous ne sommes pas obligés d'attendre qu'un patient nous soit envoyé par un médecin ou n'importe quel personnel soignant. Je ne



[Text]

provider. We know of no data at present that suggest that one way of doing it is any more efficient than any other. So although I recognize that structurally it is nice to have gatekeepers, because it makes it look as if the system is being controlled, we would raise a basic question, derived from data, of whether you really achieve the effect you want with a gatekeeper mechanism.

**Mr. McCrossan:** If you do not have a gatekeeper, would you have the public going straight to a psychologist, saying I have a need? I do not know that I as a lay person would know when I have a need for a psychologist. Indeed, if you argue that it is the existence of stress, I think there are 282 likely candidates around this—

**Ms Copps:** It is the only institution run by the inmates.

**Mr. McCrossan:** That is right.

**Dr. Ritchie:** I believe my colleagues would be appropriate to answer this. I will simply note as a follow-up to my earlier remark, without touching the last one at all, I am quite certain the Canadian Psychological Association would be prepared to co-operate with the Speaker on the establishment of a system of psychological health-care for members and their staff.

**Mr. McCrossan:** Do you think you can do anything about cutting down on heckling during Question Period? Ms Copps might be willing to have a private session.

**Ms Copps:** That is my only outlet.

• 1650

**Dr. Ritchie:** I think the patients are the best judges of what they need, and when patients say they need it, they typically do. The reality is that most patients do continue to access psychologists through another primary-care provider such as a nurse, community health nurse, nurse practitioner, GP, sometimes a lawyer. So we have no problem with the idea that people will continue to seek those services through other people, not because they are out to see a psychologist, but in seeing somebody else that person decides a psychological referral is the most appropriate. But the bottom line is that we think the patient knows best.

**Mr. McCrossan:** Can you give me some background as to why psychological treatment is not covered?

**Dr. Ritchie:** I believe my colleagues might have a point to add on the other question.

**Dr. Sabourin:** I might add, regarding the accessibility you just mentioned, that is really the crucial point. In fact, in the province I come from, Quebec, a person who wants to have a psychological consultation can choose very easily to see a private practitioner if he has the money to pay for the costs it involves; but on the other hand, if that same person wants to go through the public

[Translation]

sais pas quel système serait le plus efficace. Il n'est pas du tout certain qu'un système de contrôle serait plus efficace.

**M. McCrossan:** Est-ce que ce serait une bonne idée que les patients puissent s'adresser directement au psychologue sans passer par un médecin par exemple? Je ne sais pas si une personne est vraiment à même de savoir quand elle a besoin de s'adresser à un psychologue. Si le stress est un motif suffisant, vous avez ici 282 patients en puissance.

**Mme Copps:** C'est le seul établissement dirigé par ses habitants.

**M. McCrossan:** En effet.

**M. Ritchie:** Vous feriez mieux de poser cette question à mes collègues. Pour ma part je suis sûr que l'Association canadienne des psychologues ne demanderait pas mieux que de se concerter avec le président de la Chambre pour mettre sur pied une consultation psychologique pour le personnel.

**M. McCrossan:** Pourriez-vous faire quelque chose pour empêcher certains députés de chahuter pendant la période des questions? Madame Copps accepterait peut-être de vous consulter en privé.

**Mme Copps:** Je n'ai pas d'autre exutoire.

**M. Ritchie:** J'estime que les patients sont les meilleurs juges de ce qu'ils ont besoin, et qu'ils ont d'ordinaire raison. En fait, la plupart des patients continuent d'entrer en contact avec les psychologues par l'entremise d'un autre donneur de soins primaires, comme une infirmière, une infirmière de santé communautaire, une infirmière praticienne, un omnipraticien, parfois un avocat. Nous acceptons donc facilement l'idée que les gens continueront d'obtenir ces services par l'entremise d'autres personnes, c'est-à-dire qu'ils verront d'abord quelqu'un d'autre qui décidera qu'il convient de les référer à un psychologue. Mais en dernière analyse, nous estimons que c'est le patient qui est le mieux placé pour juger.

**M. McCrossan:** Pouvez-vous m'expliquer pourquoi le traitement psychologique n'est pas couvert?

**M. Ritchie:** Je crois que mes collègues ont peut-être quelque chose à ajouter à propos de l'autre question.

**M. Sabourin:** Au sujet de l'accessibilité, j'ajouterai que c'est là vraiment le point essentiel. En fait, dans ma province, le Québec, la personne qui désire une consultation psychologique peut très facilement choisir de voir un praticien en exercice privé si elle a les moyens de payer; mais d'autre part, si cette même personne désire passer par le système public, selon les lois qui régissent la

*[Texte]*

system, according to the laws of health and social services in Quebec sometimes he has to go through a triple medical reference through the system because the gateway to the system is medical.

I will explain the triple reference. In fact, if you go to see your physician and say you would like to see a psychologist and that it is your only need for the moment, the physician will say, yes, he will refer you to this hospital that has a clinic where there are a few psychologists around. He refers you to the hospital, but he is not a member of the council of physicians and dentists of that hospital, so then you have to see another physician because the first one cannot give you direct access to the psychologist. So you see the second one, and so that is a double cost. Then that second one gives you access to the psychiatrist.

You first have to go through the medical specialist before accessing the psychologist, and then after that, if you are still alive and if you still feel the need to have psychological services, then you can access the service of a psychologist. But then the psychologist is at the other end of the line.

It is strange that the data we have shows that from 60% to sometimes 80% of all the problems people have are related to psychological difficulties, even if they see their physician for that. So it is kind of strange that the main person who in most cases could readily give some very important help to the person is at the end of the line. I do not know exactly how it is in other provinces, but I do know that in Quebec this brings up a situation that is intolerable for many people.

I will give you one quick example to give you the feeling. Last week my wife, who is also a psychologist, received a phone call from somebody who told her she would like to have psychological services. My wife explained her honoraria, and she said she really could not afford that so never mind for this time. She phoned back two days later and said she went to see her physician, who said she really needed psychological services. She said she would go to see her anyway and that she would have to look into her lifetime economies to have those services. So it gives you an idea about the type of problem that the absence of accessibility could raise.

**Ms Dewar:** I have one concern about your brief, and I am well aware of competitive forces that work within the psychiatric, psychological and medical professions. I think we all agree that the medical models are the ones that have been restrictive as far as our system is concerned. But I see here that this would just continue that kind of competitiveness, and I think what we have to be looking at are multi-disciplinary teams that are going to start looking at the gatekeeper kind of access, because I think there is a danger.

The nurse practitioners are talking about setting up private practices and having direct access and so forth,

*[Traduction]*

santé et les services sociaux au Québec, il lui faut parfois une triple référence médicale parce que la porte d'entrée au système est médicale.

Voici ce que j'entends par la triple référence. Si vous allez voir votre médecin en disant que vous aimeriez voir un psychologue, et que c'est là votre seul besoin pour l'instant, le médecin vous réfèrera à un hôpital dont la clinique compte quelques psychologues. Il vous réfère à l'hôpital, mais il n'est pas membre du conseil des médecins et dentistes de cet hôpital; vous devez alors voir un autre médecin, car le premier ne peut vous donner directement accès au psychologue. Vous voyez donc un deuxième médecin, ce qui double les coûts. C'est ce second médecin qui vous donne accès au psychiatre.

Il vous faut d'abord passer par le spécialiste médical avant d'avoir accès au psychologue; par la suite, si vous êtes toujours en vie et si vous estimez toujours avoir besoin de services psychologiques, alors vous pouvez avoir accès aux services d'un psychologue. Mais le psychologue est à l'autre bout de la ligne.

Étrangement, les données dont nous disposons montrent que 60 p. 100, et même parfois 80 p. 100 de l'ensemble des problèmes sont liés à des difficultés psychologiques, même si c'est un médecin que l'on voit. Il est donc plutôt étrange que la personne qui dans la plupart des cas est la mieux placée pour fournir de l'aide se trouve en bout de ligne. Je ne sais pas comment cela se passe exactement dans les autres provinces, mais je sais qu'au Québec cela aboutit à une situation intolérable pour beaucoup.

Permettez-moi de vous donner un bref exemple. La semaine dernière ma femme, qui est également psychologue, a reçu un appel d'une femme qui voulait des services psychologiques. Ma femme a expliqué ses honoraires et l'interlocutrice a dit qu'elle n'en avait pas les moyens, de laisser faire. Elle a rappelé deux jours plus tard disant qu'elle avait vu son médecin qui lui avait dit qu'elle avait vraiment besoin de services psychologiques. Elle a dit qu'elle irait la voir de toute façon et qu'elle devrait payer ces services à même ses économies. Cela vous donne une idée du genre de problème que l'absence d'accessibilité pourrait entraîner.

**Mme Dewar:** Votre mémoire suscite une inquiétude; je suis bien au courant des forces concurrentielles qui jouent entre les psychiatres, les psychologues et les médecins. Nous admettons tous que les modèles médicaux sont ceux qui ont entraîné le plus de restrictions dans notre système. Mais je crois que votre mémoire ne ferait que perpétuer cette concurrence, et il nous faut songer à des équipes multidisciplinaires auxquelles l'accès serait contrôlé, car j'estime qu'il y a là un danger.

Les infirmières praticiennes parlent d'exercice privé et d'accès direct, etc., et les sommes disponibles pour les



[Text]

and the health-care dollars are limited. That is a reality. In the Quebec community social service and health centres, do they not have psychologists on staff in those?

**Dr. Sabourin:** We just did an inquiry about two months ago—so it is very recent data—in the CLSC system. There are more than 60 CLSCs that have no psychologists at all working for them, and most of the others, something like 75% of the others, have one, which is usually in a job that requires administrative skills and not clinical skills. So that is the situation.

• 1655

**Ms Dewar:** I would like to see the association looking at—perhaps you have looked at it—what the approaches would be, the economic approach as well as the accessibility in looking at the multi-discipline kind of approach with the psychologist being part of that team. Have you looked at that?

**Dr. Ritchie:** In out-patient care related to any of the public sector supported activities, whether it is in a general hospital or in a community mental health clinic, psychologists are already functioning and have been for the last 20 years in multi-disciplinary teams. Although there is a mythological notion of the competitiveness and the conflict that goes on within those teams, for the most part, in my experience—perhaps I have been an exception—they function quite well.

The issue is that by building large structures around them, which tends to be what happens—I do not mean in a physical sense; I mean in a bureaucratic sense—we are not only increasing costs, but we also discourage people from accessing those services.

We are at a point where we are rethinking the whole model, but we have to be careful not to throw out the baby with the bath water. I think the notion of primary care provided by a responsible individual in an office-based setting in the community is not to be thrown out whether it is from a gatekeeper's perspective or any other.

I think we are going to remain a mixed model kind of system. Our concern is that when you have a service so vital as psychological services essentially excluded from one of the primary models, you are skewing the system; you are building in distortions.

If you want some cost-effectiveness data, I would be glad to cite it for you. It is certainly in the document. You may be more interested in larger figures in terms of what it would represent in a given province. We have some good data for Ontario.

**Ms Dewar:** No, I am not nearly as interested in the cost effectiveness because I know it can be analysed afterwards. I am more interested in the model you are suggesting for accessibility. Correct me if I am not in concert with the association. I see a psychologist working at two levels, firstly as a resource person to the health-care team—I

[Translation]

services de santé sont limités. C'est là un fait. N'y a-t-il pas des psychologues dans les centres locaux au Québec?

**M. Sabourin:** Nous avons fait une enquête il y a environ deux mois dans le réseau des CLSC; les données sont donc très récentes. Il y a plus de 60 CLSC qui n'ont aucun psychologue; dans la plupart des autres, environ 75 p. 100 des autres, il y en a un, d'ordinaire dans un poste qui exige des compétences administratives plutôt cliniques. Telle est la situation.

**Mme Dewar:** J'aimerais que l'Association étudie—et c'est peut-être déjà fait, sur le plan économique de même que sur celui de l'accessibilité, une démarche multidisciplinaire, le psychologue faisant partie de l'équipe. Avez-vous étudié cette possibilité.

**M. Ritchie:** Pour les soins externes relevant du secteur public, qu'il s'agisse d'un hôpital général ou d'une clinique communautaire d'hygiène mentale, il y a déjà des psychologues qui font partie d'équipes multidisciplinaires depuis 20 ans. Malgré le mythe de la concurrence et du conflit au sein de ces équipes, d'après mon expérience, ces équipes fonctionnent très bien—mais je suis peut-être une exception.

Le problème est qu'en mettant en place des structures importantes, ce qui se produit souvent—il ne s'agit pas de structures matérielles ni bureaucratiques—non seulement nous augmentons les coûts, mais également nous décourageons les gens d'avoir recours à ces services.

Nous en sommes au point où nous repensons l'ensemble du modèle, mais il nous faut prendre garde de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain. J'estime qu'il ne faut pas rejeter l'idée des soins primaires par l'entremise d'une personne responsable dans un bureau de quartier, que ce soit pour contrôler l'accès ou d'un autre point de vue.

J'estime que notre système restera mixte. Ce qui nous inquiète, c'est que lorsqu'un service aussi vital que les services psychologiques se trouvent essentiellement exclus d'un des modèles primaires, le système est biaisé et déformé.

Si vous voulez des données sur la rentabilité, il me fera plaisir de vous les donner. On les retrouve dans le document. Vous vous intéressez peut-être à des chiffres plus importants, à ce que cela représenterait pour une province donnée. Nous avons de très bonnes données pour l'Ontario.

**Mme Dewar:** Non, je ne m'intéresse pas tellement à la rentabilité, car je sais que cette analyse peut se faire plus tard. Je m'intéresse davantage au modèle que vous proposez en matière d'accessibilité. Reprenez-moi si ce que je dis n'est pas conforme aux vues de l'Association. Selon moi, le psychologue travaille à deux niveaux, d'abord



[Texte]

think that is crucial and must be used in those services—and secondly as the practitioner in that health-care team.

I still see a kind of reinforcement of the institutional model here, even going into the community centres. If we are going to get serious in this country about health-care prevention, I think we have to get the teams into the communities where the accessibility is. The school is one place where I could easily access it, but when I am over here doing some practice, I could not access psychological services for the reasons you say. I can do it through the schools because public dollars are paying for it.

Family service centres, palliative care, your home care services, for goodness sake—

**Dr. Ritchie:** We cite it in the brief as a primary example.

**Ms Dewar:** I think it has to be part of the team where the evaluation goes on, where the psychologist can come in and give direction on the level of care now and what the enforcement has to be.

I see a danger in it because you are accessing it to the individual and not to the team model. I think we have to look at our resources more in the direction of prevention and what we are doing with that prevention. The players get into it and have access to those dollars and what we are doing.

**Dr. Ritchie:** I am not sure that we are so far off as either my statement of it or your quick reading of it would suggest. I think we are asking for both. We are saying that presently most psychological services are accessed through large publicly funded institutional systems and it is not a very efficient way to maintain the system.

We need more psychologists working at the community level where they will invariably work in concert with others. We are putting great stress on it in the brief. The elderly are the classic example of this. Currently nursing homes and homecare programs cannot access.

I think you are quite correct when you say that the role of the psychologist is two-edged, as a resource to other health-care givers, where they may not in many instances actually ever see the patient in question, but provide the guidance or consultation required and, in other cases, they do need to see the patient or the family directly.

**Ms Copps:** I think I will follow up because basically the questions relate to whether we should see an expansion of the fee-for-service model or the other approach. In the recommendation 2.3 you recommend psychological services be expanded so they would be available to everybody and community-based as well. In

[Traduction]

comme personne-ressource auprès de l'équipe de santé—je crois que c'est là un rôle essentiel pour ces services—et deuxièmement comme praticien dans l'équipe de santé.

Je vois toujours une sorte de renforcement du modèle institutionnel, même dans le cas des centres communautaires. Si nous devons sérieusement nous attaquer à la prévention en matière de santé, j'estime que les équipes doivent se situer dans les quartiers pour des raisons d'accessibilité. L'école est un endroit où je pourrais facilement y avoir accès, mais ici, je ne pourrais pas avoir accès aux services psychologiques pour les raisons que vous mentionnez. Je peux le faire par l'entremise des écoles parce que des fonds publics sont engagés.

Les centres de service familial, les soins palliatifs, les soins à domicile. . .

**M. Ritchie:** Nous mentionnons cela dans le mémoire pour le stade primaire.

**Mme Dewar:** J'estime que cela doit être rattaché à l'équipe où se fait l'évaluation; le psychologue doit pouvoir intervenir et donner des directives sur les niveaux de soins.

Je vois là un danger, parce que l'accès est fondé sur l'individu et non sur le modèle d'équipe. J'estime qu'il faut consacrer davantage nos ressources à la prévention, et à ce que nous faisons avec la prévention. Les intervenants y participent et ont accès à ces fonds et à ce que nous faisons.

**M. Ritchie:** Je ne crois pas que nous soyons si éloignés que ma déclaration ou votre interprétation rapide de celle-ci ne le laisse entendre. Je crois que nous demandons les deux. Nous disons qu'à l'heure actuelle l'accès aux services psychologiques se fait par l'entremise d'une lourde machine institutionnelle financée par les deniers publics et que ce n'est pas très efficace.

Il nous faut davantage de psychologues travaillant au palier communautaire où ils collaboreront invariablement de concert avec d'autres. Nous insistons beaucoup là-dessus dans le mémoire. Les personnes âgées en sont un exemple classique. À l'heure actuelle, les centres d'accueil et les services de soins à domicile n'y ont pas accès.

Je crois que vous avez tout à fait raison de dire que le rôle du psychologue est double, qu'il constitue une ressource pour les autres personnels de santé, que souvent ils ne voient pas le patient, mais qu'ils fournissent l'orientation ou la consultation nécessaire, tandis que dans d'autres cas ils doivent voir le patient ou la famille.

**Mme Copps:** Je vais donner suite car essentiellement, les questions cherchent à déterminer s'il faut élargir le modèle de la rémunération à l'acte ou adopter une autre démarche. Dans la recommandation 2.3, vous dites qu'il faut élargir les services psychologiques pour qu'ils soient accessibles à tous et offerts dans un cadre communautaire.

*[Text]*

recommendation 2.5, you are focusing in on the encouragement to the private sector to underwrite these costs.

I wonder if those two recommendations are somewhat in conflict. If we have to come up with a recommendation, either we should be seeking public coverage or we should be encouraging the private sector to take this role on through PSMIP. I know you mentioned various plans there. You have both in there. Which is it?

**Dr. Ritchie:** That is right. It is both.

**Ms Copps:** Is it because you do not feel that—

**Dr. Ritchie:** It is intentionally so. When we look at the system from an economic perspective, it is a mixed model. I think it is a myth that our system is an exclusively public one. Although we believe the essence of universality and comprehensiveness has to be based in that system, which is why we make the proposals we do around the Canada Health Act, to the degree there are going to be services covered in the private sector—for example, employers providing supplementary programs to improve the quality of health in the workplace—we think it is appropriate that some incentive or reinforcement be provided for it.

We do not see these as mutually exclusive options but rather a dovetailing of responsibilities that are based both in the public sector on the one hand for the core services and in the private sector for things that relate very specifically to activities the private sector drives and generates, particularly the workplace.

**Ms Copps:** I do not know if you have any comment but I was rather surprised to read a couple of weeks ago in the paper an assessment that was done on the lack of availability of psychological services in the federal penal system. Coupled with the fact that the government is planning to change legislation to keep prisoners in prison longer, just in the real federal government approach per se, it seems that psychological assessments in the prisons were done on fewer than half the patients who needed them.

**Dr. Ritchie:** The Canadian Psychological Association over the past year, I believe, has made two or three representations predominantly through the Department of the Solicitor General on this and related issues in terms of the psychological services in the criminal justice system. If you would like, I would be glad to get that material to you.

**Ms Copps:** Yes, I would appreciate it.

I have one last question, Mr. Chairman, on recommendation 1.2. You are getting at one of the things we have been talking about, which is tying or encouraging provinces to be more involved with health promotion. Most of the witnesses who have appeared before the committee to date have suggested that there be add-on

*[Translation]*

À la recommandation 2.5, vous encouragez le secteur privé à assumer ces coûts.

Je me demande si ces deux recommandations ne sont pas quelque peu contradictoires. S'il faut présenter une recommandation, il faut soit viser la couverture publique, soit encourager le secteur privé à assumer ce rôle par le moyen des régimes d'assurance. Je sais que vous mentionnez divers régimes. Vous parlez des deux. Duquel s'agit-il?

**M. Ritchie:** C'est exact. Ce sont les deux.

**Mme Copps:** Est-ce parce que vous n'estimez pas que...

**M. Ritchie:** C'est intentionnel. Du point de vue économique, le système est mixte. Je crois que c'est un mythe de dire que notre système est exclusivement public. Nous croyons, d'une part, que l'universalité et la couverture complète doivent provenir de ce système, et c'est pourquoi nous faisons des propositions concernant la Loi canadienne sur la santé; d'autre part, dans la mesure où des services seront couverts par le secteur privé—par exemple, les employeurs qui fournissent des programmes supplémentaires pour améliorer la santé au travail—nous estimons approprié de prévoir certaines mesures d'incitation ou de renforcement.

Selon nous, ces options ne s'excluent pas l'une l'autre; nous pensons plutôt à imbriquer des responsabilités qui, d'une part, relèvent du secteur public pour les services de base et, d'autre part, du secteur privé pour les éléments qui touchent expressément aux activités qu'engendre le secteur privé, particulièrement le lieu de travail.

**Mme Copps:** Je ne sais si vous avez des commentaires à faire à cet égard, mais j'ai été assez étonnée de lire, il y a quelques semaines dans le journal, une évaluation portant sur le manque d'accès aux services psychologiques dans le système pénal fédéral. Étant donné que le gouvernement prévoit modifier la loi pour incarcérer les prisonniers plus longtemps, tout simplement dans le cadre de l'approche réelle du gouvernement fédéral comme telle, il semble que moins de la moitié des patients qui ont besoin d'une évaluation psychologique en prison en reçoivent une.

**M. Ritchie:** La Société canadienne de psychologie est intervenue, je crois, deux ou trois fois depuis un an, surtout auprès du ministre du Solliciteur général, à propos de cela et à propos de questions connexes concernant les services psychologiques dans le système pénal. Si vous le désirez, il me fera plaisir de vous communiquer ces documents.

**Mme Copps:** Oui, s'il vous plaît.

Une dernière question, monsieur le président, à propos de la recommandation 1.2. Vous abordez un des sujets dont nous avons parlé, c'est-à-dire forcer ou encourager les provinces à s'occuper davantage de promotion de la santé. La plupart des témoins qui ont comparu devant nous jusqu'ici ont proposé des fonds supplémentaires



[Texte]

funding to encourage provincial governments to take up the challenge of health promotion as opposed to conditional funding on current expenditures. I gather that you are recommending that there be conditional funding on current expenditures.

Do you not think that in the context of the high-tech demands that are made by the population on the health services system, all hell might break loose if the federal government says provinces cannot have any money for any hospital beds unless they devote 25% of their budget to health promotion, for example? Suppose you were in the position to do that; what do you think the reality would be?

**Dr. Ritchie:** I think there will be some wailing and gnashing of teeth, if one ties the expansion of current services. We are not recommending that services currently being provided and funded be rolled back; people would choose not to provide adequate health promotion or illness prevention program. I think it would be truly foolish and would subvert many of the gains that have been made around acute health care or acute illness care in the past several decades. It would be wrong.

• 1705

When you look at how we can best use the health dollar generated from 1988 on, then on the basis of the failure to match action with rhetoric, we do believe you simply have to take a straightforward approach to it. I guess this is where we look to you, ladies and gentlemen in the political arena, to have the political will to set the rules of the game.

If you really believe that health promotion, the achievement of wellness and the prevention of illness, is a serious matter, which ought to be funded and supported through the national health-care system, then I think it is our job to—

**Mr. McCrossan:** Which we are going to have once the tobacco bill is passed on to. . .

**Dr. Ritchie:** We would be glad to work with you, certainly on how to design such a system, and ease, if you will, the gnashing of teeth that might accompany it. Any change in the rules does make people uncomfortable. It is a change in the status quo.

**Ms Capps:** As an aside, because the chairman did raise the subject of Dr. Keon's work here in Ottawa, it happens that, from a political perspective, the projects that see the megabucks or see the big CAT scanner come in, and the projects leading to sustenance of life, through things like heart transplants, are the projects that get the most public attention, and hence, *de facto*, more support.

So the political dilemma is that although politicians like to cut ribbons and open centres and name things after people, if you come in with a really solid health

[Traduction]

pour encourager les gouvernements provinciaux à relever le défi de la promotion de la santé, par opposition au financement conditionnel des dépenses courantes. Je crois comprendre que vous recommandez un financement conditionnel fondé sur les dépenses courantes.

N'estimez-vous pas que, dans le cadre des exigences de haute technologie et de la population à l'égard du système des services de santé, il pourrait y avoir un bouleversement si le gouvernement fédéral déclarait que les provinces ne peuvent avoir d'argent pour des lits d'hôpital, à moins de consacrer, par exemple, 25 p. 100 de leur budget à la promotion de la santé? Si vous étiez en mesure de faire cela, qu'est-ce qui se passerait en réalité?

**M. Ritchie:** Je crois qu'il y aura des pleurs et des grincements de dents si on lie l'expansion des services actuels. Nous ne recommandons pas de couper les services actuellement offerts et financés; on choisirait de ne pas fournir un programme suffisant de promotion de la santé ou de prévention de la maladie. J'estime que ce serait tout à fait insensé et que cela réduirait bon nombre des gains qui ont été réalisés dans le domaine des soins aigus depuis plusieurs décennies. Ce serait une erreur.

S'il s'agit de savoir comment utiliser au mieux les fonds générés pour la santé à compter de 1988, étant donné que la rhétorique ne s'accompagne pas de mesures concrètes, nous estimons qu'il faut tout simplement adopter une démarche simple. C'est pour cela que nous comptons sur vous, mesdames et messieurs de l'arène politique, pour trouver la volonté politique d'établir les règles du jeu.

Si vous croyez vraiment que la promotion de la santé, la réalisation du bien-être et la prévention de la maladie constituent une question importante, qui devrait être financée et appuyée par le régime national de santé, alors nous croyons qu'il nous incombe de. . .

**M. McCrossan:** Ce qui sera le cas une fois le projet de loi sur le tabac transmis au. . .

**M. Ritchie:** Nous serions certes très heureux de travailler avec vous sur la conception d'un tel système et pour éviter, si vous voulez, les grincements de dents qui pourraient s'en suivre. Toute modification des règles entraîne un certain malaise. C'est une modification du statu quo.

**Mme Capps:** En passant, puisque le président a mentionné le travail du docteur Keon ici à Ottawa, il arrive que du point de vue politique, les projets qui exigent des sommes énormes, ou qui utilisent le gros scanner, de même que les projets qui portent sur le maintien de la vie, par exemple par le moyen des transplantations cardiaques, sont ceux qui retiennent le plus l'avantage du public et donc qui jouissent *de facto* d'un appui plus considérable.

On aboutit donc à un dilemme politique; les politiciens aiment couper des rubans, ouvrir des centres et nommer des choses d'après telle ou telle personne, mais si vous



[Text]

promotion program, you are hopefully doing it at the ground level, where you will only need some, but not as much high tech intervention later on, and it is not as politically sexy.

**Dr. Ritchie:** In this respect, I guess we would aim our remarks at those currently in the House and aiming to be re-elected over a series of elections, because, although it might be harder to get elected initially on such a platform, it might not be so hard to go back to the electorate and say, by virtue of the programs we have adopted, which have stressed wellness, and not just illness, we have cut down on cardiovascular disease in this constituency over the past five or eight years—and it does take years to demonstrate it—but we have been able to do it for you. If you keep us there, we will do even better.

**The Chairman:** Both you and the nurses group touched on the need to have amendments to the Canada Health Act. We have heard this before. If I understand the Canada Health Act correctly—and I have not read it just recently—I think it refers to health-care practitioner, and it is entirely up to the provinces to decide what programs or what kind of care they want to fund under this terminology, health-care practitioner. I am sure it would include psychologists, for example.

I am not sure what amendment you think should be in there. Assuming I am right on this, it would appear to me that the one stumbling block now existing, for not including the services you recommend—and in a sense I support what you are saying—is financing. The provinces see this as a problem. Am I wrong on how I interpret the Canada Health Act? Am I wrong in what is presently the stumbling block?

**Dr. Ritchie:** I am very reluctant to make an effort to correct the Chair of the committee.

**The Chairman:** Feel free.

**Dr. Ritchie:** I will just tell you what my reading of the Canada Health Act has been, and I too stand to be corrected. It requires physicians' services to be covered, and the dollars may be used for other health-care professionals. In other words, what you have is a mandated service in the case of physicians, and an enabling clause in the case of others. The provinces have essentially not, at least since 1984, when I believe this enabling clause was passed—and perhaps somebody can give us the correct information—availed themselves of it.

I think this is where we get to the second part of your question, the financing. My own experience has been largely in Ontario, in the same way my colleague, Dr. Sabourin, can better reference Quebec, and others could better reference the Maritimes or western Canada.

In our submission, and our rather extending negotiations with the current Ontario government, we

[Translation]

présentez un programme vraiment solide de promotion de la santé, cela se fera vraisemblablement à la base où l'intervention de la haute technologie ne sera pas aussi considérable, ce qui, politiquement, présente nettement moins d'attrait.

**M. Ritchie:** A cet égard, je crois que nous devrions adresser nos remarques à ceux qui sont actuellement en Chambre et qui veulent être réélus, car bien qu'il puisse être plus difficile de se faire élire une première fois avec un tel programme, il ne serait peut-être pas si difficile de retourner voir les électeurs pour leur dire qu'en raison des programmes que nous avons adoptés, qui mettaient l'accent sur le bien-être et non seulement sur la santé, nous avons réussi depuis cinq ou huit ans à réduire les maladies cardio-vasculaires dans cette circonscription—et il faut effectivement des années pour en faire la preuve, mais nous avons pu le faire pour vous. Si vous nous réélisez, nous ferons encore mieux.

**Le président:** Vous-même et les infirmières vous avez parlé de la nécessité de modifier la Loi canadienne sur la santé. Ce n'est pas la première fois que nous entendons cela. Si je comprends bien cette loi—et je ne l'ai pas relue récemment, je crois qu'elle parle des praticiens de la santé et qu'elle laisse toute liberté aux provinces de décider des programmes ou des soins à financer à ce titre. Je suis certain que cela pourrait, par exemple, comprendre les psychologues.

Je ne sais trop quel amendement vous préconisez. En supposant que j'ai raison, il me semble que ce qui bloque actuellement l'inclusion des services que vous recommandez—et en un certain sens j'appuie ce que vous dites—c'est le financement. Les provinces y voient un problème. Est-ce que je me trompe dans mon interprétation de la Loi canadienne sur la santé? Est-ce que je me trompe sur la nature de l'obstacle?

**M. Ritchie:** J'hésiterais beaucoup à reprendre le président du Comité.

**Le président:** N'hésitez pas.

**M. Ritchie:** Voici mon interprétation de la Loi canadienne sur la santé, mais je n'en suis pas certain moi non plus. Elle oblige à couvrir les services des médecins, et les fonds peuvent être utilisés pour d'autres professionnels de la santé. En d'autres termes, il y a un service obligatoire dans le cas des médecins et une disposition habilitante dans le cas des autres. En général, au moins depuis 1984, c'est-à-dire je crois la date de l'adoption de cette clause habilitante—et peut-être quelqu'un pourra-t-il nous donner le renseignement correct—les provinces ne s'en sont essentiellement pas prévaluées.

C'est là je crois qu'entre en jeu la seconde partie de votre question, le financement. Je connais surtout l'Ontario, tandis que mon collègue, le docteur Sabourin, connaît mieux le Québec et que d'autres pourraient mieux parler des Maritimes ou de l'Ouest.

Dans notre présentation, et au cours de nos négociations assez longues avec l'actuel gouvernement

[Texte]

were able to come up with a set of figures we all basically agreed upon, which would suggest in 1986 dollars—bear this in mind—but projecting a range to 1990, of \$35 to \$50 million, to include psychological services within the OHIP system. This is out of a budget of approximately \$10 million. We are talking here of up-front costs without regard for the impact on over-utilization. This is not trying to do some fancy kind of economic footwork and projecting that every dollar will then translate into this much saving.

• 1710

If you take the data that are there now, which admittedly are largely American data, it is based on a somewhat different health-care system but some of it can be extrapolated. There is no good reason to think there would not be cost offsets. However, I think the problem the provinces have faced is that they have often gotten medicare budgets which seem to be out of control for them and they are struggling at finding ways of bringing it under control. So it is hard for them, I think, to say yes to any group and no to some others. So essentially the freeze applies.

We looked forward to the opportunity to speak to this committee because we believe that since the federal government is not in the business of the day-to-day operation of health-care programs but sets the rules, sets the basic guidelines through which it operates, you will be able to stand back and look at it in perspective. We believe if you do that, you will conclude, as we have, that psychological services are an essential component of that, not simply through some enabling clause.

**Dr. Sabourin:** I might just add that the way we want the Canada Health Act to be amended would be through the criterion for comprehensiveness, which we outline on page 16 of our brief. This would perhaps be the way to emphasize the fact that psychological services are important and should definitely be considered by the provinces more than as an encouragement.

**The Chairman:** Yes. But the opportunity is there for the provinces to do it now. As you say, enabling wording is within the Canada Health Act as it stands now. When it first was brought into the House it used the term “medical-care practitioner”, I believe, and that was changed to “health-care practitioner”.

**Dr. Ritchie:** That is right.

**The Chairman:** I think that is what gave the opportunity to the provinces to branch out if they wished to. So I am not sure how that could be amended unless through the Canada Health Act we required that there be various other types of services provided by the provinces.

**Dr. Ritchie:** With respect, sir, I think this is exactly where we come back to the importance of working toward a more integrated system of health care. I quite

[Traduction]

ontarien, nous avons pu dégager un ensemble de chiffres sur lequel nous sommes essentiellement d'accord; il semble qu'en dollars de 1986, ne l'oubliez pas, selon les projections jusqu'en 1990, il faudrait de 35 à 50 millions de dollars pour inclure les services psychologiques dans le régime OHIP. Il s'agit d'un budget d'environ 10 millions de dollars. Il s'agit ici des coûts de base, sans tenir compte de l'effet sur la surutilisation. Il ne s'agit pas d'acrobaties économiques permettant de projeter que chaque dollar représentera telle économie.

D'après les données dont nous disposons actuellement, qui sont, il faut le dire, surtout américaines et fondées sur un régime de santé quelque peu différent mais qui sont susceptibles en partie d'extrapolation, il n'y a aucune bonne raison d'estimer que rien ne viendrait compenser les coûts. Toutefois, j'estime que le problème des provinces est souvent que le budget de la santé semble hors de contrôle et qu'elles s'efforcent de trouver des moyens de les maîtriser. Il est donc, selon moi, difficile pour elles de dire oui à un groupe et non à d'autres. C'est pourquoi il y a essentiellement un gel.

Nous avons hâte de parler à ce comité car nous estimons que puisque le gouvernement fédéral ne s'occupe pas du fonctionnement quotidien des services de santé mais qu'il établit les règles et énonce des directives de base, vous pourriez prendre un certain recul et replacer les choses dans une juste perspective. Si vous le faites, nous croyons que vous en viendrez à la même conclusion de nous, c'est-à-dire que les services psychologiques constituent un élément essentiel et qu'une clause habilitante ne suffit pas.

**M. Sabourin:** J'ajouterais que les amendements que nous voulons à la Loi canadienne sur la santé portent sur les critères de la couverture globale, que nous exposons à la page 16 de notre mémoire. Ce serait peut-être la meilleure façon de souligner le fait que les services psychologiques sont importants et devraient nettement être étudiés par les provinces, qu'un encouragement ne suffit pas.

**Le président:** Oui. Mais les provinces ont déjà la possibilité de le faire. Comme vous le dites, sous sa forme actuelle la Loi canadienne sur la santé comporte des dispositions habilitantes. Lorsque le projet de loi a été déposé en Chambre, on y retrouvait le terme «professionnel médical», je crois, et on l'a remplacé par «professionnel de la santé».

**M. Ritchie:** C'est exact.

**Le président:** Je crois que c'est cela qui a donné la possibilité aux provinces, si elles le désirent. Je ne sais trop comment cela pourrait être amendé, à moins que nous n'exigions, au moyen de la Loi canadienne sur la santé, que les provinces assurent divers autres services.

**M. Ritchie:** Excusez-moi, monsieur, mais je crois que c'est précisément là qu'on voit l'importance d'un régime de santé mieux intégré. À vrai dire, je ne crois pas que



[Text]

frankly do not think we will achieve the objectives that have already been set on paper with respect to health promotion, the achievement of wellness and illness prevention, unless we integrate the provision of those services with the provision of what is currently essentially primary illness-care services. If we do not do that, if we set up two parallel streams or simply try to throw money at promotion, which essentially is what has been done to this point. . . and not a whole lot of it either, but it has been essentially throwing money at it and not integrating it.

**The Chairman:** Time for one question, Mr. Rosenbaum.

**Mr. Rosenbaum:** Thank you, Mr. Chairman.

Is there any evidence that psychological services are more cost effective than other health-care services, that is to say, other than medical services, such as occupational therapy or physiotherapy, speech therapy and so on? If there is not such evidence, can you indicate why you have advocated in your brief amending the Canada Health Act to include psychological services rather than a more comprehensive approach to insuring health and health-related services?

**Dr. Ritchie:** I do not know of any data that would compare psychological services with OT or physios because by and large OTs and physios are not providing services in the same areas. What has been done is to look at various practitioners who operate within the same general ballpark and do cost estimates in those areas. Some of that data is referred to in the brief and in the annotated bibliography provided in the appendices to the brief.

Once again, I would want to stress we are not suggesting that other health services, which are of a different nature, are unimportant. What we are saying is that the system as it is presently construed leaves out one essential component, and that is the component we know best in terms of our particular profession.

I am not sure if I have fully grasped your question though, sir.

**The Chairman:** One supplementary.

**Mr. Rosenbaum:** If I am allowed one more, you are recommending amendments to the Canada Health Act and it strikes me that maybe one possibility may be a more integrated approach to manpower planning. That is, within the existing Canada Health Act it may be possible to address the deficiencies you have stated through manpower planning. For example, it is quite possible for hospitals to provide ambulatory clinics or mobile mental-health teams, or a whole range of services related not only to psychology but to other health and health-related needs. Is the problem really one that requires amendment to the act or a better approach to manpower planning?

[Translation]

nous puissions réaliser les objectifs qui ont déjà été consignés par écrit en ce qui touche la promotion de la santé, la réalisation du bien-être et la prévention de la maladie, à moins que nous ne puissions intégrer la prestation de ces services avec la prestation des services actuels qui visent essentiellement les soins primaires en cas de maladie. Si nous ne faisons pas cela, si nous établissons deux filières parallèles ou si nous essayons tout simplement de consacrer des fonds à la promotion, ce qui est essentiellement ce qu'on a fait jusqu'ici. . . et on ne l'a pas fait beaucoup non plus, mais on a essentiellement consacré des fonds à cela, sans intégration.

**Le président:** Nous avons le temps d'une autre question, monsieur Rosenbaum.

**M. Rosenbaum:** Merci monsieur le président.

Y a-t-il des preuves montrant que les services psychologiques sont plus rentables que les autres services de santé, c'est-à-dire autres que les services médicaux, comme l'ergothérapie ou la physiothérapie, la logothérapie et ainsi de suite? S'il n'y a pas d'indications de ce genre, pouvez-vous nous dire pourquoi vous préconisez dans votre mémoire de modifier la Loi canadienne sur la santé pour y inclure les services psychologiques au lieu d'adopter une approche plus globale à la santé et aux services connexes?

**M. Ritchie:** Je ne suis au courant d'aucune donnée comparant les services psychologiques à l'ergothérapie ou à la physiothérapie, car dans l'ensemble les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ne fournissent pas des services dans les mêmes domaines. On a toutefois étudié les divers professionnels qui fonctionnent dans le même domaine général et fait des estimations des coûts dans ces domaines. Certaines de ces données sont mentionnées dans le mémoire et dans la bibliographie annotée présentée en annexe du mémoire.

Encore une fois, je veux souligner que nous ne laissons pas entendre que les autres services de santé, de nature différente, ne sont pas importants. Ce que nous disons c'est que sous sa forme actuelle le système laisse de côté une composante essentielle, c'est-à-dire la composante que nous connaissons le mieux d'après notre propre profession.

Je ne sais si j'ai pleinement compris votre question, monsieur.

**Le président:** Une question supplémentaire.

**M. Rosenbaum:** Si on me permet une autre question, vous recommandez des amendements à la Loi canadienne sur la santé, et il me semble qu'une des possibilités pourrait être une approche plus intégrée pour la planification de la main d'oeuvre. Dans le cadre de l'actuelle Loi canadienne sur la santé, on pourrait combler les lacunes dont vous parlez par la planification des effectifs. Par exemple, il est tout à fait possible pour les hôpitaux de fournir des services ambulatoires ou des équipes mobiles de santé mentale, ou toute une gamme de services liés non seulement à la psychologie mais aux autres éléments et besoins liés à la santé. Le problème



[Texte]

[Traduction]

exige-t-il vraiment la modification de la loi, ou seulement une meilleure planification des effectifs?

• 1715

**Dr. Ritchie:** I am certainly not going to argue against a better approach to manpower planning, but I would suggest that if one took the rationale you just presented as a possible alternative to amending the Canada Health Act, one of the effects would be to leave psychological services essentially as they are now, simply anchored in the institutional system. It would not get them out into the community, and unless you can get them out into the community you are not going to make them accessible, either to the other care-givers Mrs. Dewar was referring to, or to patients themselves.

**The Chairman:** Gentlemen, on behalf of the committee, may I thank the three of you for being here today and giving us your interesting brief and a fine response to our questions. We will certainly be considering your brief and the supplements with it before we arrive at any conclusions. Thank you very much.

**Dr. Ritchie:** Thank you for your attention.

**The Chairman:** Could we now ask the Canadian Dietetic Association to come to the table, please. Ladies, on behalf of the committee I welcome you here this afternoon. We have the president of the association, Ms Hamilton, is it?

**Ms Elizabeth Hamilton (President, Canadian Dietetic Association):** That is correct.

**The Chairman:** Would you like to introduce your two colleagues here with you, Ms Hamilton?

**Ms Hamilton:** Yes. Thank you very much. Marsha Sharp is the Executive Director of the Canadian Dietetic Association, a position she has held for five years. Prior to that she had broadly-based experience as a dietitian in hospitals. Carmen Connelly is the senior nutrition consultant for the City of Toronto, Department of Public Health. I am president of the association, and I am also a dietitian in private practice in Winnipeg.

**The Chairman:** Thank you very much. You have given us your full brief in advance, which we appreciate, and we also have your summary, which I think came in more recently. We would be glad to have you run through it. The more quickly you can do that, the more time we have for questions. But we will have to count on adjourning by about 6 p.m., I think, assuming we still have a committee here to sit.

**Ms Hamilton:** Thank you. I do plan to make a short presentation highlighting the key points of our brief, after which we would be pleased to answer questions from the committee.

The Canadian Dietetic Association welcomes this opportunity to present our brief to the Standing Committee on National Health and Welfare in relation to

**M. Ritchie:** Je ne vais certes pas me prononcer contre une meilleure planification des effectifs, mais je crois que si l'on adoptait ce que vous proposez comme solution de rechange à une modification de la Loi canadienne sur la santé, cela aurait notamment pour effet de laisser les services psychologiques essentiellement où ils sont maintenant, tout simplement ancrés dans le système institutionnel. Ils ne sortiraient pas dans la communauté, et à moins de cela, ils ne seront pas accessibles, ni aux autres intervenants dont parlait M<sup>me</sup> Dewar, ni aux patients eux-mêmes.

**Le président:** Messieurs, au nom du comité, permettez-moi de vous remercier tous trois d'être venus nous présenter votre intéressant mémoire et répondre élégamment à nos questions. Nous allons certes tenir compte de votre mémoire et des suppléments avant d'en arriver à nos propres conclusions. Merci beaucoup.

**M. Ritchie:** Merci de nous avoir écoutés.

**Le président:** Je demanderais à l'Association canadienne des diététistes de bien vouloir prendre place à la table. Mesdames, au nom du comité, je vous souhaite la bienvenue. Nous avons la présidente de l'association, M<sup>me</sup> Hamilton, n'est-ce pas?

**Mme Elizabeth Hamilton (présidente, Association canadienne des diététistes):** C'est exact.

**Le président:** Voudriez-vous présenter vos deux collègues, madame Hamilton?

**Mme Hamilton:** Oui. Merci beaucoup. Marsha Sharp est directrice générale de l'Association canadienne des diététistes, poste qu'elle détient depuis cinq ans. Avant cela, elle a acquis une vaste expérience comme diététiste dans les hôpitaux. Carmen Connelly est conseillère supérieure en nutrition pour le Service de santé publique de la ville de Toronto. Je suis présidente de l'Association et je suis également diététiste en exercice privé à Winnipeg.

**Le président:** Merci beaucoup. Vous nous avez remis votre mémoire d'avance, ce dont nous vous sommes reconnaissants, et nous avons également reçu votre résumé, je crois à une date plus tardive. Nous serions heureux que vous nous en donniez un résumé. Plus vous le ferez rapidement, plus il restera de temps pour les questions. Mais nous devons lever la séance vers 18 heures, je crois, dans l'hypothèse que le comité soit encore là à cette heure-là.

**Mme Hamilton:** Merci. J'ai l'intention d'exposer brièvement les grandes lignes de notre mémoire, après quoi nous répondrons avec plaisir aux questions du comité.

L'Association canadienne des diététistes se réjouit de l'occasion qui lui est offerte de présenter son mémoire au Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être

## [Text]

its study of the health-care system in Canada and its funding. Because we too are new to this and hope you will be seeing us again, perhaps I can take some time to tell you a little bit about our association.

The Canadian Dietetic Association represents over 4,400 dietitian-nutritionists. Dietitians work in many sectors of the community, including health-care institutions, public health agencies, medical clinics and health centres, governments, food and pharmaceutical industries, agriculture, school boards and academic environments, private practice and health associations. Dietetics encompasses three areas of specialization in practice: food service administration, clinical nutrition, and community nutrition.

The practice of dietetics is influenced by the social, economic and political systems which determine the production, processing and distribution of food, and therefore issues of food availability, safety and nutritional quality. It is subject to other determinants of food consumption, such as personal income, culture, preferences, and education. It deals with physiological and pathological status, activity and drug nutrient interactions for individuals. The integration of these influences determines nutritional health, and therefore the overall health status of the population from generation to generation and its individual members.

Dietitians are the health-care professionals who are specialists in food, nutrition and nutritional care. The mission of the Canadian Dietetic Association and its members is to promote and support quality dietetic practice towards optimum nutritional well-being of Canadians.

• 1720

In preparing this brief, the association has adopted the concepts of health outlined in the 1986 document *Achieving Health for All* and the Ottawa Charter for Health Promotion. They subscribe to health as essential to the quality of life. As such it is a resource, not an objective of living. Emphasis is placed on the role of individuals and communities in formulating their own definitions of health.

In order to address the issues presented by the Standing Committee on Health and Welfare, we will focus on two issues: trends and challenges for the future, and options and approaches.

We believe food and nutrition security to be a basic prerequisite to health. This security will be affected by changes in four major areas: social, economic, technological and health. In the interest of time, I refer you to our brief, which outlines numerous examples in

## [Translation]

social dans le cadre de son étude du régime de santé du Canada et du financement de ce régime. Comme c'est notre première visite et que nous espérons que vous nous reverrez, permettez-moi de vous parler un peu de notre association.

L'Association canadienne des diététistes représente plus de 4,400 diététistes-nutritionnistes. Les diététistes travaillent dans de nombreux secteurs de la Société, y compris les établissements de santé, les organismes d'hygiène publics, les cliniques médicales et les centres de santé, les administrations publiques, l'industrie de l'alimentation et l'industrie pharmaceutique, l'agriculture, les conseils scolaires et les maisons d'enseignement, en exercice privé et dans les associations de santé. La diététique comprend en pratique trois domaines de spécialisation: l'administration des services alimentaires, la nutrition clinique et la nutrition communautaire.

La pratique de la diététique est influencée par les systèmes social, économique et politique qui déterminent la production, la transformation et la distribution des aliments, et donc la disponibilité, la sécurité et la qualité nutritive des aliments. Elle est soumise à d'autres facteurs déterminants de la conception alimentaire, comme le revenu personnel, la culture, les préférences et l'éducation. Elle traite du statut psychologique et pathologique, des interactions entre les éléments nutritifs, les activités et les médicaments. L'intégration de ces influences détermine la santé alimentaire, et donc la santé globale de la population d'une génération à l'autre, ainsi que la santé de ses divers membres.

Les diététistes sont des professionnels de la santé spécialisés dans les aliments, la nutrition et les soins nutritifs. La mission de l'Association canadienne des diététistes et de ses membres est de promouvoir et d'aider une pratique diététique de qualité en vue de réaliser pour les Canadiens le bien-être nutritionnel optimum.

En préparant ce mémoire, nous avons adopté les notions énoncées dans le document *La santé pour tous*, publié en 1986, ainsi que dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. On y reconnaît la santé comme un élément essentiel à la qualité de la vie. En tant que tel, il s'agit davantage d'une ressource que d'un objectif. On y insiste particulièrement sur le rôle des particuliers et des collectivités dans la formulation de leur propre définition de la santé.

Pour répondre aux questions sur lesquelles se penche le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social, nous nous concentrerons sur deux questions: les tendances et les défis de l'avenir, les solutions possibles et les façons d'aborder les problèmes.

Nous pensons que la sûreté en matière d'alimentation et de nutrition est nécessaire à la santé. Certaines modifications dans quatre secteurs importants influenceront sur cet élément, sur le plan social, économique, technologique, et sur le plan de la santé. Nous donnons



## [Texte]

each of these four areas. These trends will challenge the health-care system to provide greater availability and accessibility to services delivered by appropriate personnel in desired settings.

There are new demands for health services in the community as hospital stays are reduced. Services that were traditionally delivered in the hospital must now be provided in the community. Among these are nutrition counselling and nutrition support for specialized feeding for such conditions as cancer and malabsorption, and the education of new mothers in breast-feeding.

There will be new pressure for funding community-based treatment and care when there is no relief in funding requirements of traditional institutions. Here, the challenge will be to redefine the components of the health-care system so funding can be provided to train or educate the personnel who will be delivering the service.

There are dietary implications for the prevention of six of the ten leading causes of chronic disease in Canada. The Canadian Dietetic Association has prepared position papers on two of these: cancer and obesity. I have copies with me today for your information. Other position papers on diet and disease are in progress.

A growing number of Canadians are concerned about nutritional health. A 1986 Gallup poll conducted by the Canadian Dietetic Association revealed that Canadians rated concerns over nutrition greater than the other social issues of unemployment, daycare and Sunday shopping.

There is confusion about the appropriate choices for a health diet and a lack of health professionals to assist in face of growing complexity. Here the challenge will be to determine and develop information systems which will enable all components of the health-care system to be efficient and effective and to be funded from a cost-benefit framework.

There is support for the need for nutrition services to focus on disease prevention and health promotion. This support is echoed in reports such as *Achieving Health for All*, the Ottawa Charter for Health Promotion and three major reports authored by Evans, Spasoff and Podborski in 1987.

Need has also been evidenced in meetings such as the recent Canadian Consensus Conference on Cholesterol, where it was agreed that the prevention of cardiovascular disease through nutritional means was a viable option to decrease mortality and morbidity from this cause.

## [Traduction]

dans notre mémoire un grand nombre d'exemples se rapportant à chacun de ces quatre secteurs. Ces tendances nous obligeront à offrir davantage de services ainsi qu'un meilleur accès à ces services dans le cadre du régime de santé, et ces services devront être offerts par un personnel qualifié et dans les installations souhaitées.

La diminution de la durée des séjours à l'hôpital engendre de nouvelles demandes de services de santé dans la collectivité. Les services que dispensaient autrefois les hôpitaux doivent aujourd'hui être offerts dans la collectivité. Au nombre de ces services, il y a entre autres les services de conseils en matière de nutrition dans les cas de cancer et de difficultés d'absorption, par exemple, et les services de conseils en matière d'allaitement à l'intention des nouvelles mères.

On voudra de plus en plus obtenir du financement à l'égard du traitement et des services de santé assurés au sein de la collectivité, compte tenu de la diminution de celui des institutions traditionnelles. Le défi consistera ici à redéfinir les éléments du régime de santé de manière à obtenir le financement nécessaire à la formation du personnel qui sera chargé d'offrir le service.

La diététique a un rôle à jouer dans la prévention de six des dix principales causes de maladie chronique au Canada. L'Association canadienne des diététistes a rédigé des documents sur deux d'entre elles: le cancer et l'obésité. J'en ai apporté des exemplaires, aujourd'hui, à titre de renseignement. D'autres documents du même genre sur le régime alimentaire et la maladie sont en voie de rédaction.

Les Canadiens s'intéressent de plus en plus à la nutrition. Un sondage Gallup réalisé pour le compte de l'Association canadienne des diététistes, en 1986, révèle que les Canadiens s'inquiètent davantage à propos de la nutrition qu'à propos du chômage, de la garde des enfants ou de l'ouverture des magasins le dimanche, par exemple.

On ne sait plus trop quel régime alimentaire adopter, et l'on manque de professionnels de la santé pour aider à résoudre ce problème de plus en plus complexe. Le défi consistera ici à choisir et élaborer des systèmes d'information qui permettront à tous les éléments du régime de santé d'être efficaces et efficaces, et d'être financés selon les avantages qu'ils procurent par rapport à leur coût.

Les services de nutrition doivent être axés sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Ce principe est reflété dans des rapports comme *La santé pour tous*, dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et dans trois rapports importants publiés en 1987 par Evans, Spasoff et Podborski.

Ce besoin a aussi été affirmé à l'occasion de rencontres, comme la Canadian Consensus Conference on Cholesterol, qui s'est tenue dernièrement, où l'on a reconnu que la prévention des maladies cardio-vasculaires au moyen de la nutrition pourraient permettre de faire diminuer le taux de mortalité et de morbidité lié à ces maladies.



## [Text]

The Canadian Dietetic Association recommends that food and nutrition security, defined as "access by all people at all times to enough quality food or other specialized nutritional support to achieve one's potential for an active healthy life" become a goal of the health-care system in Canada.

With regard to the current ability of the health-care system to encourage more efficient methods to ensure food and nutrition security, we have identified the following issues: Integration of policy, programs and services, access to nutrition services, manpower needs and research and evaluation.

It is imperative to have integration of nutrition policies, programs and services from health promotion legislation through health promotion and disease prevention and medical services. Integration is not apparent when nutrition-labelling legislation is proposed without a program of consumer education; when taxation of food is proposed without consultation with nutrition policy advisers; when patients in hospital are provided comprehensive nutrition support and on discharge no assistance is provided for coping with the same serious and chronic illness; when a significant burden for health care is transferred to the community and programs are not in place to provide care; when agricultural policy does not support health policy.

To ensure cost-beneficial health outcomes, Canadians should have access to quality nutrition care at the appropriate points of their entry into the health-care system. Dietitians have the expertise and skills to help communities solve their food and nutrition problems. Presently, access to the expertise of dietitians is denied many Canadians because of the current health structure. The health-care system does not support direct access to health-care providers who can be responsive to individuals' needs with the competence required in the appropriate setting. Consumers want a health-care system that allows access to health-care providers who are more responsive to their needs. This was pointed out by the Canadian Medical Association in its *Allocation of Health Care Resources* in 1984.

Dietitians are the qualified professionals to act as gatekeepers on access to nutrition services. The medical referral system is a cost deficiency in nutrition care. Dietitians are prepared to prescribe nutrition care and can recognize when additional expert assistance is

## [Translation]

L'Association canadienne des diététistes recommande que la sûreté en matière d'alimentation et de nutrition, que nous définissons comme «l'accès pour tous, et en permanence, à suffisamment d'aliments de qualité ou d'appui spécialisé en matière de nutrition pour assurer une vie saine et active», devienne un objectif du régime de santé au Canada.

Voici les éléments que nous avons recensés à l'égard de la capacité actuelle du régime de santé à favoriser des méthodes plus efficaces permettant d'assurer la sûreté en matière d'alimentation et de nutrition: l'intégration des politiques, des programmes et des services, l'accès à des services de nutrition, les besoins de main-d'oeuvre, la recherche et l'évaluation.

Il est impératif que la législation en matière de promotion de la santé intègre les politiques, les programmes et les services ayant trait à la nutrition au moyen de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des services médicaux. L'intégration n'est pas apparente quand on légifère en matière d'étiquetage sans proposer un programme d'éducation à l'intention des consommateurs; quand on se propose de taxer les aliments sans consulter des conseillers en matière de nutrition; quand des malades reçoivent tous les conseils nécessaires en matière de nutrition pendant leur séjour à l'hôpital, et que cet appui cesse complètement lorsqu'ils sortent de l'hôpital pour les aider à traiter cette même maladie grave et chronique; quand on transfère à la collectivité un lourd fardeau en matière de santé, sans que les services nécessaires soient en place, quand la politique en matière d'agriculture n'est pas alignée sur la politique en matière de santé.

Pour que les avantages justifient les coûts, les Canadiens devraient pouvoir bénéficier de soins de qualité en matière de nutrition lorsqu'ils font appel au régime de santé. Les diététistes ont l'expérience et la compétence nécessaires pour aider les collectivités à résoudre leurs problèmes en matière d'alimentation et de nutrition. À l'heure actuelle, bien des Canadiens sont privés de l'expérience des diététistes à cause de la structure du régime de soins de santé. Il ne leur permet pas d'avoir directement accès à des spécialistes en matière de santé capables de répondre à des besoins particuliers avec la compétence nécessaire et dans un milieu approprié. Les consommateurs veulent que les régimes de soins de santé leur permettent de bénéficier de services de spécialistes qui peuvent mieux satisfaire à leurs besoins. C'est ce que faisait remarquer l'Association médicale canadienne, en 1984, dans son document intitulé *Allocation of Health Care Resources*.

• 1725

Les diététistes sont les professionnels qui ont vraiment la compétence nécessaire pour régir l'accès aux services de nutrition. Pour ce qui est de la nutrition, le système de recommandation par les médecins n'est pas efficace compte tenu des coûts. Les diététistes ont la préparation

*[Texte]*

required for diagnosis and when less expert assistance is required to ensure feeding and access to food.

Dietetic manpower is inadequate to support access to community-based services. Consideration of the prevalence of chronic disease related to nutrition can readily point out that a manpower supply of 4,500 to 5,000 dietitians in practice in Canada is inadequate. These dietitians are employed across all sectors outlined in my introduction, and no significant numbers are currently employed in community-based health-care services. In 1988 Canada graduated only 40% of those who would have been eligible for membership in the Canadian Dietetic Association had adequate numbers of internship placements been available. Overall, the rate of graduation would maintain the current manpower supply only if our attrition rate could be kept to less than 5%—a difficult task for a female-dominated profession.

Other health professionals have pointed out the difficulty in accessing the expertise of dietitians as part of the multi-disciplinary health-care team. New demands for community-based disease prevention, care, and health promotion nutrition programs will not be met by manpower supply. A review of numbers, roles, and related competencies, as well as new internship programs such as that provided by Mount St. Vincent in Nova Scotia, should be undertaken.

The current health-care structure does not support dietetic research. As a result, there are tremendous limitations in improving efficiency for methods of delivery of nutrition care and health-promotion activities.

We submit that there are options and approaches for increasing efficiency. They are recognition of the health promotion and services provided by those not employed in the health-care sector; food and nutrition security approaches; manpower and training approaches; and research and evaluation approaches. These approaches necessitate that Health and Welfare Canada become a central federal focus to provide leadership, co-ordination, and support that recognizes all partners in health care, including governments, institutions, health professional organizations, health interest groups, educational and academic sectors, the private sector, and consumers. The health-care system can be extended cost-effectively through incentives, increased awareness, and encouragement of the private sector. Within this context, the need for co-ordinated, resourced education strategies that would support the self-help and mutual aid directives outlined in the *Achieving Health For All* document is equally apparent.

*[Traduction]*

nécessaire pour prescrire des soins en matière de nutrition et sont en mesure de reconnaître à quel moment l'aide d'un expert s'impose ou à quel moment il suffit d'assurer un approvisionnement en aliments sains.

Il n'y a pas assez de diététistes à l'heure actuelle pour utiliser comme il convient les services offerts dans la collectivité. Considérant le grand nombre de maladies chroniques liées à la nutrition, on peut facilement se rendre compte que 4,500 à 5,000 diététistes au Canada ne peuvent suffire à la tâche. Ces diététistes sont répartis dans tous les secteurs que j'ai décrit dans mon introduction, et il n'y en a pas tellement qui travaillent à l'heure actuelle dans des services de soins de santé communautaires. En 1988, au Canada, seulement 40 p. 100 des candidats qui auraient pu entrer à l'Association canadienne des diététistes, s'il y avait eu suffisamment d'endroits pour faire des stages, ont obtenu leur diplôme. Dans l'ensemble, le rythme auquel de nouveaux diplômés accèdent à la profession ne permettrait de maintenir le nombre actuel de diététistes que si nous parvenions à maintenir notre taux d'attrition en deça de 5 p. 100, ce qui est plutôt difficile dans une profession dominée par les femmes.

D'autres professionnels de la santé ont soulevé la difficulté de pouvoir bénéficier de services de diététistes dans le cadre d'équipes multidisciplinaires. Le nombre de nouveaux diététistes ne permettra pas de satisfaire aux besoins engendrés par les nouveaux programmes communautaires de prévention de la maladie, de soins de santé, de nutrition et de promotion de la santé. Comme on l'a fait en Nouvelle-Écosse, à Mount St. Vincent, il faudrait donc reprendre un examen de tous ces chiffres, des rôles, des compétences connexes, ainsi que des nouveaux programmes à l'égard des stages de formation.

La structure actuelle n'appuie pas la recherche en matière de diététique. Il est donc extrêmement difficile d'améliorer l'efficacité des méthodes utilisées pour la prestation des services de nutrition et des activités visant la promotion de la santé.

Il y a des solutions et des façons de procéder qui pourraient permettre d'améliorer cette efficacité. Il faudrait reconnaître les services qu'offrent des personnes ne travaillant pas dans le secteur des soins de santé, s'occuper davantage de la sûreté en matière d'alimentation et de nutrition, et faire davantage cas des effectifs et de la formation, ainsi que de la recherche et de l'évaluation. Ces différentes approches exigent que Santé et Bien-être Canada devienne un point central au niveau fédéral en vue d'assurer le leadership, la coordination et l'appui nécessaire, et reconnaisse tous les intervenants dans le domaine de la santé, notamment les gouvernements, les institutions, les associations professionnelles du secteur de la santé, les groupes d'intérêt, le domaine de l'éducation, le secteur privé et les consommateurs. On pourrait élargir le régime de soins de santé d'une manière efficace sur le plan des coûts en encourageant le secteur privé et en l'informant davantage. Dans ce contexte, la nécessité de stratégies éducatives



[Text]

Some of the food and nutrition approaches recommended in our brief include alternate food distribution systems, such as commissaries, packaged therapeutic meals for home care, and model programs, such as the Montreal Diet Dispensary and the Nova Scotia milk and juice prenatal program. These approaches require expansion to meet more community needs.

We recommend that a combined federal-provincial effort be made to provide adequate resources for the professional education of more dietitian nutritionists, who will function as equal partners in policy development, program planning, and provision of services across the health-care system. We further recommend that federal support be committed to the comparative evaluation of resource allocation outcomes, such as those from health monitoring and surveillance, policy development, intervention projects, and technological advances in diagnostics. As there are the will, the skills, and the vision within our profession, there is also the ability within the system to include dietitians as equal partners in policy development, program and medical services planning and evaluation, and in all areas that impact on food security, health care, and health promotion.

In conclusion, we recommend active promotion of food and nutrition security as a goal in your new strategies for achieving health for all Canadians. Be assured that the Canadian Dietetic Association and its members will support and participate in the development of policy initiatives and programs directed towards this end.

Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Hamilton. You did an excellent job of presenting that in as short a time as you possibly could.

**Ms Dewar:** I would like to welcome the dietetic association and thank them for a very comprehensive brief. Also, it was good to get it ahead of time.

Some of the things you are saying here are crucial, and I agree with all of them. If we are going seriously to look at health promotion in Canada, then we have to look

[Translation]

coordonnées qui appuieraient les directives à l'égard de l'aide mutuelle énoncées dans *Achieving Health For All* est tout aussi évidente.

Dans les approches que nous recommandons dans notre mémoire à l'égard de l'alimentation et de la nutrition, il y a, entre autres, des systèmes de distribution alimentaire, comme des dépôts de vivres, des repas thérapeutiques préparés à l'avance en fonction des soins à domicile, et des programmes modèles comme le dispensaire diététique de Montréal et le programme prénatal de distribution de lait et de jus en Nouvelle-Écosse. Ces possibilités exigent un élargissement des services afin de satisfaire davantage aux besoins communautaires.

Nous recommandons que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral joignent leurs efforts en vue de fournir des ressources adéquates en fonction de l'éducation d'un plus grand nombre de diététistes qui agiront en qualité de partenaires égaux dans le cadre de l'élaboration des politiques, de la planification des programmes et de la prestation des services dans l'ensemble du régime des soins de santé. Nous recommandons, en outre, que le gouvernement fédéral appuie l'évaluation comparative des résultats de l'affectation des ressources, comme ceux ayant trait à la surveillance de la santé, à l'élaboration des politiques, au projet d'intervention et au progrès technologique en matière de diagnostic. Tout autant que la volonté, les compétences et la vision existent au sein de notre profession, il y a aussi place dans le régime pour que les diététistes deviennent des partenaires égaux dans le contexte de l'élaboration des politiques, de la planification et de l'évaluation des programmes et des services médicaux, et dans tout ce qui influe sur la sûreté en matière d'alimentation, les soins de santé et la promotion de la santé.

En conclusion, nous recommandons que la promotion de la sûreté en matière d'alimentation et de nutrition soit un but dans le cadre de vos nouvelles stratégies visant à améliorer la santé de tous les Canadiens. Soyez assurés que la Société canadienne des diététistes et ses membres appuieront l'élaboration d'initiatives et de programmes en ce sens et y participeront.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Hamilton. Votre exposé était excellent, malgré le peu de temps que vous avez pris pour nous le présenter.

**Mme Dewar:** Je souhaite la bienvenue aux représentantes de l'Association des diététistes et je les remercie du mémoire très complet qu'elles nous ont présenté. Je les remercie aussi de nous l'avoir fait parvenir à l'avance.

Certains éléments que vous avancez dans votre mémoire paraissent cruciaux, et je suis tout à fait d'accord avec vous. Si nous voulons vraiment promouvoir la santé



[Texte]

seriously at what our nutrition levels are, and they have been pretty disastrous according to some of the studies that have been done.

I am wondering, though, about specifics. I think in general these are good; but, because you have identified the lack of human resources as far as internship placements and those kinds of things are concerned, have you looked at your own profession to see in specifics how you are going to be able to increase that?

Right now, all dietitians that graduate are 100% employed, are they not?

**Ms Hamilton:** They could be if they wished to be, yes.

**Ms Dewar:** I guess I see the role of the nutritionist in Canada as being a much broader role than it has been in the past if we are looking at health promotion and sickness prevention. Has your association looked at the ability to increase the numbers of human resources and where the availability of the funding is going to be, looking at the fact that this committee is not attempting to recommend increased funding?

**Ms Hamilton:** It is part of our strategic plan to do a manpower survey—

**Ms Dewar:** Human resources.

**Ms Hamilton:** —a human resources survey. Also, we are looking at our direction for the year 2000, or 2020 actually, and what educational requirements will be in the years ahead so we can move with the times.

**Ms Dewar:** I guess I am more concerned about the Canada Health Act and what we are doing when we are looking at the maintenance of healthy Canadians and having a healthy population. Are you looking at where there would be funding within the public health-care system for nutritionists? What we were talking about earlier is a redirection of the resources rather than an adding to the resources.

**Ms Hamilton:** Given the current funding, we certainly see a reallocation, not an add-on.

**Ms Dewar:** And where do you reallocate?

**Ms Hamilton:** This is where we hope to collaborate with government in the planning and policy stage, because I do not think this has been looked at up to this point.

**Ms Carmen Connelly (Member, Canadian Dietetic Association):** One of the things the association has done is prepare the guidelines for training community dietitians. In the last four years we have developed the guidelines and piloted programs, and we in fact have two community dietetic internship programs in Canada. We have the potential at this point only to graduate three to four. These programs are struggling because the resources have

[Traduction]

au Canada, nous devons nous pencher très sérieusement sur la situation de la nutrition, qui n'est pas bien reluisante, si l'on en juge d'après certaines études.

Je me pose toutefois quelques questions à propos d'un certain nombre de détails. Dans l'ensemble, la situation me paraît assez bonne, mais puisque vous avez noté le manque de ressources humaines, et plus particulièrement les difficultés que présentent les stages, entre autres, je me demande si vous avez cherché des moyens d'augmenter ces ressources.

A l'heure actuelle, tous les nouveaux diététistes ont un emploi, n'est-ce pas?

**Mme Hamilton:** Oui, tous ceux qui désirent travailler ont un emploi.

**Mme Dewar:** Si nous voulons promouvoir la santé et prévenir la maladie au Canada, nous allons devoir faire une place beaucoup plus importante qu'auparavant aux nutritionnistes. Étant donné que le Comité n'a pas l'intention de recommander une augmentation du financement, avez-vous examiné la possibilité d'augmenter le nombre de diététistes et les sources de financement possibles?

**Mme Hamilton:** Dans le cadre de notre plan stratégique, nous avons l'intention d'effectuer une enquête sur la main-d'oeuvre. . .

**Mme Dewar:** Sur les ressources humaines.

**Mme Hamilton:** . . . oui, une enquête sur les ressources humaines. Nous examinons aussi l'orientation à donner à notre activité en fonction de l'an 2000, ou 2020, en fait, et ce que seront les besoins en matière d'éducation dans les années à venir afin de mieux suivre le mouvement.

**Mme Dewar:** Je m'intéresse davantage à la Loi canadienne sur la santé et à ce qu'il faut faire pour maintenir les Canadiens en santé. Où pourrait-on trouver du financement à l'intention des nutritionnistes dans le cadre du régime public de soins de santé? A l'heure actuelle, il s'agit davantage d'une réaffectation des ressources que d'un ajout aux ressources existantes.

**Mme Hamilton:** Oui, vous avez raison.

**Mme Dewar:** Et où se font ces réaffectations?

**Mme Hamilton:** C'est à ce sujet que nous voudrions collaborer avec le gouvernement dans le cadre de la planification et de l'élaboration de la politique, parce que je ne pense pas qu'on ait considéré cet élément jusqu'à maintenant.

**Mme Carmen Connelly (membre, Association canadienne des diététistes):** Entre autres choses, nous avons rédigé les lignes directrices en fonction de la formation des diététistes communautaires. Au cours des quatre dernières années, nous avons élaboré les lignes directrices et des programmes pilotes, et nous avons maintenant deux programmes de stage à l'intention des diététistes communautaires au Canada. Nous ne pourrions

[Text]

not been reallocated. The other major internship programs are existing within the institutions: hospitals, etc.

The two programs that exist right now are within public health agencies, and these programs are really struggling. So we need to look at the reallocation of resources within the health-care system at the provincial level to find support. We look for support from the federal government, again to encourage the provinces to provide funds for the public health training.

**Ms Dewar:** Do you see that being anywhere a recommendation for us within the Canada Health Act or in those areas?

**Ms Connelly:** I would think so.

**Ms Dewar:** Because a statistic that really offended me, I guess, was when I recognized that 40% of the clients in the soup kitchens in Toronto are children.

**Ms Connelly:** That is right.

**Ms Dewar:** If we are looking at a healthy population then we certainly have to start somewhere, and I am not sure that is where they are getting adequate nutrition.

**Ms Connelly:** That is true, and that is something we are seeing throughout the country.

An interesting report was presented in Nova Scotia just last week. The Nova Scotia Nutrition Council actually did some investigations within 13 communities in Nova Scotia and discovered that the individuals working and living within the welfare allotment were not receiving adequate funding for food, and in fact it was successful in lobbying the Nova Scotia government to increase the number of positions and have the prenatal supplement program extended, which was referenced in our presentation, to provide support, particularly to pregnant women and children, to allow them to function effectively.

• 1735

**Ms Dewar:** I am not sure of your mandate totally, but in the Department of Health and Welfare, the prenatal department maybe is. . . Do you come into that at all, or are you strictly looking at the Canada Health Act?

**The Chairman:** Oh, no. We are not looking at the Canada Health Act per se, we are looking at health-care delivery and its funding. So anything to do with prenatal care would be quite germane to our discussions.

**Ms Dewar:** So it would be quite germane. And I think it is a very important part of getting at the very beginning. Thank you.

[Translation]

toutefois décerner des diplômes qu'à trois ou quatre nouveaux diététistes. On éprouve certaines difficultés dans le cadre de ces programmes parce que les ressources n'ont pas été réaffectées. Les autres programmes de stage importants sont offerts au sein des institutions: hôpitaux, etc.

Les deux programmes en question sont offerts au sein d'organismes de santé publique, et la situation n'est vraiment pas facile. Il faut donc examiner la situation de la réaffectation des ressources dans le contexte du régime de soins de santé provincial afin d'obtenir l'appui nécessaire. Nous demandons l'aide du gouvernement fédéral afin d'encourager les provinces à accorder des fonds en fonction de la formation en matière de santé publique.

**Mme Dewar:** Serait-ce une recommandation que nous devrions faire, selon vous?

**Mme Connelly:** Oui, je le pense.

**Mme Dewar:** J'ai été vraiment renversée d'apprendre que 40 p. 100 des clients des soupes populaires à Toronto sont des enfants.

**Mme Connelly:** C'est juste.

**Mme Dewar:** Si nous voulons que la population canadienne soit en santé, il faut commencer quelque part, et je ne suis pas convaincue que ces endroits offrent une alimentation adéquate.

**Mme Connelly:** Vous avez raison. C'est aujourd'hui une nouvelle réalité dans tout le pays.

On a justement présenté un rapport intéressant à cet égard la semaine dernière en Nouvelle-Écosse. Le Nova Scotia Nutrition Council a effectué un certain nombre d'enquêtes au sein de 13 collectivités de la Nouvelle-Écosse, et a découvert que les services sociaux ne reçoivent pas suffisamment d'argent pour l'alimentation, et il a pu obtenir du gouvernement de la Nouvelle-Écosse qu'il augmente le nombre de postes et élargisse le programme prénatal, dont nous avons fait mention dans notre exposé, afin de permettre particulièrement aux femmes enceintes et aux enfants d'avoir une vie normale.

**Mme Dewar:** Votre mandat n'est pas tout à fait clair pour moi. Votre étude se limite-t-elle à la Loi canadienne sur la santé?

**Le président:** Oh, non! Nous ne nous bornerons pas à la Loi canadienne sur la santé, nous nous intéressons aussi au régime de soins de santé du Canada et à son financement. Ainsi, tout ce qui trait aux soins prénataux a tout à fait sa place dans nos discussions.

**Mme Dewar:** Très bien. Et je considère que c'est très important. Merci.



[Texte]

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Dewar. You never give any arguments. I appreciate your co-operation.

**Mr. McCrossan:** In reading your brief, there seems to be two conflicting themes. One is the need to move access to your services out of hospitals towards a community base, and I can appreciate that. The other is that with the supply of dietitians you have now you cannot provide the services that are currently demanded. I think you quote 4,500 to 5,000 dietitians; and indeed we are not bringing sufficient replacements on stream. Have you attempted to ascertain what number of dietitians would be needed today? And if so, what steps would you suggest we take in order to increase the numbers of qualified people being trained?

**Ms Hamilton:** We presently are doing human resource studies to determine what the needs are going to be. As far as funding is concerned, the bottom line is always the problem. Perhaps I can defer to Marsha Sharp on this.

**Ms Marsha Sharp (Executive Director, Canadian Dietetic Association):** We are just discussing human resource requirements; we really have not initiated any studies. We would need assistance doing that. I think you can see that we are not a very large profession. We have looked at the information and work that was provided by some of the studies done within Canadian Immigration and Employment, and we have said that the fundamental assumptions that were made were not accurate.

To begin, I think we will be looking for some assistance in terms of how to approach this. That is really where we are at at this time. We do not have the manpower out there to fill the community-base need, but there is no other trained health professional group that can fill it either or that has surplus manpower that can address these issues. Even though it looks as though it is conflicting, we have just identified a gap that needs to be addressed, and there is not another way to do that.

**Mr. McCrossan:** Mrs. Dewar referred earlier to prenatal care. I think our very first witnesses on this committee from Queen's University were suggesting that among the biggest health savings that were available to us were indeed prenatal care to eliminate the low-birth-weight baby. In any case, as I recall, their assertion was that for every dollar we spent on prenatal care we would save something like \$1.35 in neonatal care. I wonder whether you have any practical experience you could cite as to experiments which are occurring anywhere around the country in terms of getting dietetic information to pregnant women and whether there has been any empirical evidence of results?

**Ms Connelly:** Actually, a number of programs exist in Canada. We referred to the Montreal Diet Dispensary, which is sort of the grandmother of all prenatal nutrition supplement programs.

[Traduction]

**Le président:** Merci, madame Dewar. Je vous remercie de votre collaboration.

**M. McCrossan:** En lisant votre mémoire, il m'a semblé qu'il y avait deux thèmes opposés. Il y a tout d'abord la nécessité d'étendre vos services à l'extérieur des hôpitaux, vers les collectivités, ce que je comprends bien. Vient ensuite la question du nombre de diététistes qui vous ne permet pas de répondre à la demande. Vous avez dit, je pense, qu'il y a aujourd'hui de 4,500 à 5,000 diététistes au Canada, et que la relève ne s'annonce pas suffisante. Avez-vous tenté de déterminer combien il en faudrait aujourd'hui? Le cas échéant, que faudrait-il faire pour en augmenter le nombre?

**Mme Hamilton:** Nous avons justement entrepris des études afin de déterminer ce que seront les besoins. Il est toujours difficile de déterminer le financement nécessaire. Je pourrais peut-être demander à Marsha Sharp de vous en dire plus long là-dessus.

**Mme Marsha Sharp (directrice générale, Association canadienne des diététistes):** Nous avons seulement entrepris de discuter des besoins de ressources humaines; nous n'avons pas vraiment entrepris d'étude proprement dite. Nous aurions besoin d'aide pour le faire. Vous êtes à même de constater que nous ne sommes pas nombreux dans notre profession. Nous avons examiné les renseignements qui sont ressortis de quelques études effectuées par Emploi et Immigration, et nous avons dit que les hypothèses fondamentales n'étaient pas justes au départ.

Je pense que nous allons tout d'abord avoir besoin d'aide sur la façon d'aborder ce problème. C'est vraiment là où nous en sommes à l'heure actuelle. Nous n'avons pas suffisamment de diététistes pour satisfaire aux besoins des collectivités, mais aucun autre groupe professionnel ne peut le faire. Même si ces notions peuvent vous paraître en opposition, nous avons tout simplement relevé une lacune à corriger, et il n'y a pas d'autre façon de le faire.

**M. McCrossan:** M<sup>me</sup> Dewar faisait allusion tout à l'heure aux soins prénataux. Les premiers témoins que nous avons eus, de l'Université Queen, disaient que l'une des plus importantes économies que nous pourrions réaliser était en fait celle que permettent les soins prénataux en permettant d'éliminer la naissance de bébés trop petits. Ils disaient que chaque dollar dépensé pour les soins prénataux permettrait d'économiser environ 1.35\$ dans les soins aux nouveaux-nés. Y a-t-il à votre connaissance au Canada des expériences en cours en ce qui a trait à l'information diététique à l'intention des femmes enceintes et, le cas échéant, quels sont les résultats?

**Mme Connelly:** Il existe, en fait, plusieurs programmes de ce genre au Canada. Nous avons fait mention, tout à l'heure, du dispensaire diététique de Montréal, qui est en quelque sorte le plus ancien programme de nutrition prénatale.



[Text]

**Mr. McCrossan:** Grandmother will not go if human resources have to be substituted!

• 1740

**Ms Connelly:** There is the Montreal Diet Dispensary. There is a program in Prince Edward Island. We have a program in Toronto called the Healthiest Babies Possible program. It operates out of the health department. There is a program similar to it in the city of Vancouver. It is very sporadic, but these programs have been successful in documenting that you can have an impact on the outcome of pregnancy to produce healthy-weight babies.

The longer the intervention, the more successful. For example, the program I was co-ordinating with our department used to have intervention up to the six-month post-partum. Unfortunately, because of resources cut-back, we had to stop our intervention right after the birth of the child.

I think there is enough research within the United States and within the programs in Canada to document it. I think you would attest, because of your former public health background, that the programs have been successful and we would have better pregnancy outcomes with both nutrition counselling and a supplementation, particularly to the disadvantaged, who do not have the income to meet the increased nutritional needs through pregnancy.

**Mr. McCrossan:** My understanding of the program in France introduced in 1986 is that following registration as being pregnant... their equivalent of the baby bonus commences prior to birth, and they are entitled to dietary counselling at that time. This has a rather significant impact on low-birth-weight babies.

That is an approach that has been used in Europe. In fact, as I recall they had signs all over in France when they introduced this, *La France a besoin d'enfants*, with pictures of nice little cuddly babies... and the need for introducing this prenatal care.

**Ms Connelly:** One of the things I think are being attempted... being conscious of the fact of the cost of delivery of services, trying new interventions and new approaches... the one-to-one approach is a very expensive approach. In the spirit of the new initiatives for health promotion and disease prevention and trying to look at more creative strategies, work is going on with using health aids or home visitors. We are experimenting in our city with using paraprofessionals of particular ethnic populations to work with the families to help them make healthy choices. It cuts down on the costs and it helps to meet the needs of individuals through people of their own background.

[Translation]

**M. McCrossan:** Mais qu'arrivera-t-il si les ressources humaines doivent être remplacées?

**Mme Connelly:** Il y a le Dispensaire diététique de Montréal. Il y a aussi un programme à l'Île-du-Prince-Édouard. Nous avons un programme à Toronto: le Healthiest Babies Possible Program. C'est un programme du ministère de la Santé. Il y a aussi un programme analogue à Vancouver. Les renseignements sont très sporadiques, mais ces programmes ont prouvé qu'ils peuvent contribuer à améliorer la santé des nouveaux-nés.

Plus la durée de l'intervention est longue, meilleurs sont les résultats. Par exemple, dans le cadre du programme que je coordonnais avec notre ministère, notre intervention allait jusqu'à six mois après la naissance. Malheureusement, à cause de la réduction des ressources, elle s'arrête maintenant immédiatement après la naissance de l'enfant.

Je pense qu'il y a suffisamment de recherches aux États-Unis et dans le cadre des programmes que nous avons au Canada pour en justifier la valeur. Vos antécédents dans le domaine de la santé publique vous permettraient probablement d'attester que les programmes ont eu de bons résultats et que les résultats seraient meilleurs si l'on offrait des conseils et des suppléments en matière de nutrition, notamment pour les gens défavorisés qui n'ont pas un revenu suffisant pour faire face aux besoins alimentaires accrus entraînés par une grossesse.

**M. McCrossan:** Dans le cadre du programme que l'on a introduit en 1986, en France, je pense que les mères commencent à recevoir des allocations familiales avant la naissance de l'enfant, et qu'elles ont aussi droit à des conseils en matière de nutrition. Cette formule a un effet important en ce qui a trait à la naissance de bébés trop petits.

C'est une formule que l'on utilise en Europe. Je me souviens d'avoir vu des affiches partout en France, au moment où l'on a introduit ce programme, où l'on pouvait lire: «La France a besoin d'enfants», avec des photos de beaux petits bébés...

**Mme Connelly:** Compte tenu du coût de la prestation des services, nous mettons à l'essai de nouvelles formes d'intervention et de nouvelles approches, sachant que l'approche individuelle coûte très cher. Dans le cadre des nouvelles initiatives visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, nous tentons d'élaborer des stratégies plus créatrices et nous faisons des expériences avec des aides à domicile. Nous offrons justement à l'heure actuelle, dans notre ville, des services paraprofessionnels à l'aide de gens issus de milieux ethniques particuliers, qui travaillent avec des familles afin de les aider à faire des choix judicieux en matière de santé. Cette formule permet de réduire les coûts et contribue à satisfaire aux besoins de particuliers grâce aux gens du milieu.

[Texte]

**Mr. McCrossan:** Would you see the issue of prenatal care as the area where you could have the most immediate impact in cost offsets?

**Ms Connelly:** It is certainly one of the most important areas. I think we heard from the earlier witnesses that the elderly as well... we have tried to identify in our brief the particularly high-risk groups. Prenatal is a very important area.

I think one of the things we would strive for in the whole area of nutrition and food security is education, but also having policies and programs in place such that when people are trying to make food choices, the environments in which they are making those choices are healthy environments, so they can learn what an appropriate choice to make is, but also the systems are in place to support those choices, in that within restaurants, within supermarkets, there is a supportive environment. I think that is where the spirit of the *Achieving Health For All* document is taking us in an important direction. We can continue to focus on individuals and lifestyle behaviours, but we have to take a look at the individual choices as well as the structures and the environment in which those choices are being made.

**Mr. McCrossan:** You are not suggesting they move the chocolate bars away from the check-out counters?

**Ms Connelly:** That might be one place to start.

**The Chairman:** I think I am right in saying you ladies are the fifteenth group we have had before the committee, and it is probably accurate to say that most, if not all, of the groups have recommended really three basic things: stress on health promotion and prevention; more direct access by people, individuals, to the services of any particular group in the health-care system; and their suggestions for funding those, because those two things automatically involve some extra funding, I am sure, in one way or another. Their suggestion is reallocation of resources. Now, we still have dozens of other groups to hear from, so you can see the difficulty we are going to be getting into in this idea of reallocation of resources.

• 1745

Perhaps I could get your reaction to this proposal: if one recognizes the fact that Canada is the only country in the world that provides first-dollar medical-care coverage—I know of no other country that does that—how would you feel about a system where we guaranteed first-dollar medical care coverage to those of low income; for example, if we guarantee those who pay no income tax first-dollar coverage? How would you feel about our doing something like what they do in Sweden or the Netherlands? They have a highly developed social service system, but they require people—those who can afford to—to pay the first visits to their health-care practitioners

[Traduction]

**M. McCrossan:** Selon vous, les services prénataux seraient-ils ceux qui permettraient de réduire les coûts le plus rapidement?

**Mme Connelly:** C'est sûrement l'un des éléments importants qui y contribueraient. Les témoins qui nous ont précédés disaient aussi que les gens âgés... Dans notre mémoire, nous avons tenté de recenser les groupes qui présentent les risques les plus élevés. Les services prénataux sont un élément très important.

L'un des aspects les plus importants, en ce qui a trait à la sécurité en matière de nutrition et d'alimentation, c'est l'éducation, mais il faudrait aussi des politiques et des programmes permettant d'assainir les milieux où les gens ont à choisir en matière d'alimentation de manière à ce qu'ils puissent apprendre ce qu'est un choix approprié; il faudrait des systèmes pour appuyer ces choix, il faudrait que dans les restaurants, les supermarchés, le milieu soit favorable. C'est l'esprit qui se dégage du document *La santé pour tous*. Nous pouvons continuer à nous concentrer sur les comportements des particuliers, mais nous devons aussi nous intéresser de près aux choix individuels ainsi qu'aux structures et aux milieux où s'effectuent ces choix.

**M. McCrossan:** Vous ne voulez pas dire qu'il faudrait éloigner les tablettes de chocolat des caisses enregistreuses?

**Mme Connelly:** Ce serait peut-être un bon début.

**Le président:** Mesdames, vous êtes, je pense, le quinzième groupe que nous recevons, et je ne me trompe probablement pas tellement en disant que la majorité des groupes, sinon tous, ont en fait recommandé trois choses: une insistance sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, particuliers un accès plus direct, pour les particuliers, aux services de certains groupes dans le cadre du régime de soins de santé, et des propositions de financement, parce que ces deux propositions entraînent automatiquement un besoin de financement additionnel, d'une façon ou d'une autre. Tous proposent de réaffecter les ressources. Nous avons encore des douzaines de groupes à rencontrer. Vous voyez donc d'ici la difficulté que présentera cette idée de la réaffectation des ressources.

Que diriez-vous de la proposition suivante? Compte tenu que le Canada est le seul pays au monde où l'on défraye les soins de santé à partir du début—il n'y a pas d'autre pays qui le fasse, à ma connaissance—que penseriez-vous d'un régime où l'on payerait tous les soins médicaux pour les gens à faible revenu; par exemple, si l'on payait tous les frais médicaux des gens qui ne payent pas d'impôt? Que penseriez-vous d'un régime comme celui de la Suède ou des Pays-Bas? Le système de services sociaux est très développé dans ces pays, mais on exige que les gens—ceux qui en ont les moyens—payent de leur poche les premières visites à leur médecin. A un certain



[Text]

out of their own pockets. There is a cut-off level where, from then on, the public system cuts in. Now, that might be a way to make more funds available to provide those services that you and the other 14 groups want provided to our people.

**Ms Hamilton:** I see that as an alternative. It might be an administrative nightmare. I do not see any way our health-care system can be stretched to cover additional services, so definitely within what is there now we have to come up with a better way of doing it.

**Mr. Rosenbaum:** What is the situation now in the provinces with regard to access to dietetic services through home-care programs?

**Ms Hamilton:** Access is limited. In most provinces there is no dietitian attached to a home-care program. They may have access through the public health system to a dietitian.

**Ms Sharp:** With specific reference to southern Ontario where there are home-care programs, there certainly are dietetic services as a part of that. There are dietitians who are employed in that area, and the rest of the country is more sporadic, as Elizabeth has said.

**Ms Dewar:** Certainly, I have looked at some of the health-care studies that have been done on the Canadian health-care system, and one of the things that have kept down our costs... Our costs are not as exorbitant as we think, compared to other systems, and I think we have to be very careful before we start looking at the entry being what people can afford. Apart from the administration, our secondary and tertiary care is not as high. Doing an evaluation of that, we see that women in particular will not delay in going to their practitioner now and having their Pap tests and doing that kind of thing. In other countries they do delay it and they have more people at the secondary and tertiary care levels.

The one thing we have done as far as prevention is concerned is allow people into the system early. I think it is really important that we not even start to consider that kind of thing. If ever universality is important, it is there.

**The Chairman:** Mrs. Dewar, if you were reacting to my comments, I very deliberately said that people who could not afford it and people who paid no income tax would have no entry fee at all. That is part of the concept.

**Ms Dewar:** Whose value system are you looking at that is affordable? If it is a woman who is going to a doctor, her husband could be making \$90,000 a year and she might not be getting access to any funds and might have somebody raising the dickens with her because she wants

[Translation]

niveau, le système public intervient. Ce serait peut-être un moyen de récupérer des fonds en fonction de ces services que vous et les 14 autres groupes voulez offrir à notre population.

**Mme Hamilton:** Ce serait peut-être une solution. Ce serait peut-être en même temps un cauchemar administratif. Je ne vois pas comment on pourrait offrir davantage de services dans le cadre de notre régime de soins de santé actuel. Il ne fait aucun doute que nous devons donc trouver une meilleure solution.

**M. Rosenbaum:** Quelle est la situation dans les provinces, à l'heure actuelle, en ce qui a trait à l'accès aux services diététiques par le biais des programmes de soins à domicile?

**Mme Hamilton:** L'accès est limité. La plupart des provinces n'ont aucun diététiste attaché à un programme de soins à domicile. Les gens peuvent bénéficier des services d'un diététiste dans le cadre du régime de soins de santé public.

**Mme Sharp:** Dans le sud de l'Ontario, où l'on offre des programmes de soins à domicile, il y a sûrement des services de diététique. Il y a des diététistes dans le cadre de ces programmes dans cette région, et, dans le reste du pays, c'est plutôt sporadique, comme le disait Elizabeth.

**Mme Dewar:** J'ai lu quelques études qui ont été réalisées sur le régime de soins de santé au Canada, et l'un des éléments qui a contribué à maintenir nos coûts à un niveau raisonnable... Ces coûts ne sont pas aussi exorbitants qu'on le pense, si on les compare à ceux d'autres systèmes, et je pense qu'il faut y penser à deux fois avant de commencer à songer à ce que les Canadiens peuvent se permettre de payer. Si on exclut l'administration, les coûts des soins secondaires et tertiaires ne sont pas si élevés. En évaluant cela, on se rend compte que les femmes, en particulier, ne tardent plus à aller rencontrer leur médecin et à subir tous les tests nécessaires, entre autres. Ce n'est pas le cas dans certains autres pays, et il y a davantage de gens qui se retrouvent au niveau des soins secondaires et tertiaires.

En ce qui concerne la prévention, nous avons donc permis aux gens d'accéder plus rapidement au système. Nous ne devrions même pas envisager de considérer qu'il en soit autrement. S'il y a un domaine où l'universalité est importante, c'est bien celui-là.

**Le président:** Madame Dewar, si vous dites cela en réaction à mes observations, je vous préciserai que j'ai dit explicitement que les gens qui n'en auraient pas les moyens et ceux qui ne payeraient pas d'impôt n'auraient absolument aucun frais à payer. C'est un élément qu'il ne faut pas oublier.

**Mme Dewar:** Sur quel système de valeur vous fondez-vous pour dire cela? Il pourrait arriver qu'une femme dont l'époux ferait 90,000\$ par année veuille aller voir un médecin, et qu'elle n'ait pas d'argent pour le faire, et qu'on fasse tout un plat parce qu'elle veut rencontrer un



[Texte]

to go to a doctor. Today in Canada she can go to that doctor, and I think that is really important.

Certainly, the studies that have been done on our health-care system suggest it is one of the best in the world. I think we have to look at making it better. I have spent most of my adult life working in some form of health care because we can make it better.

We can stop being the country that takes out more gall bladders than any other country in the western world; we can ask why we are doing that. Why we are putting patients who are 95-years-old on support systems when we know they have degenerated is something, from an economic as well as humane point of view. . . I think when we are doing by-passes for the second and third time on 80-year-olds and the families are asking why, we have to start looking at that in our health-care system. Certainly I think we have to look at all those things before we ever start looking at the entry to the system as a charge.

• 1750

**Ms Sharp:** I wish to contribute to that speech. I do not think we would suggest you can scrutinize each family and make a determination based on level of income, lifestyle, family size and other constraints they may have on them as to whether or not they get health care in this country.

**The Chairman:** I did not say that, though. I did not even imply that.

**Ms Sharp:** No, no, but if only those on welfare have guaranteed access to the system, then what happens to those. . . ? Sorry, did I misunderstand the point entirely?

There are people with levels of income beyond those on welfare who have difficulty or would have difficulty with their medical care. We have examples now in nutrition support where this is a very real problem for people. Maybe I can use it to make a point. If you are in the hospital with perhaps no income, you can have nutrition support when you are released from the hospital. But if you have a small amount of income and you are not on the welfare system, you cannot afford to feed an ill family member with specialized feeding, for example, for someone who has no gut to absorb food. It becomes a personal family responsibility. It can cripple families. I do not know how we can study families to decide what would be the cut-off point to the health-care system.

I do not think it would be the approach we would put forward in terms of who should have access to care and who should not—the universality issue.

[Traduction]

médecin. Aujourd'hui, au Canada, elle peut aller voir ce médecin, et je pense qu'il est vraiment important qu'on puisse le faire.

Les études qui ont été réalisées sur notre régime de soins de santé permettent de conclure que nous avons l'un de meilleurs régimes qui soient au monde. Je pense que nous devons chercher à l'améliorer. J'ai passé le plus clair de ma vie adulte à travailler en ce sens parce que nous pouvons l'améliorer.

Nous pouvons cesser d'être le pays du monde occidental où l'on pratique le plus d'ablations de la vésicule biliaire; nous pouvons nous demander pourquoi cette pratique est si répandue. Pourquoi maintenons-nous en vie des malades de 95 ans, à l'aide d'appareils, quand on sait qu'ils ont atteint un stade où. . . ? Sur le plan économique et sur le plan humain, c'est une question. . . Quand nous faisons un deuxième ou un troisième pontage à un malade de 80 ans, et que la famille demande pourquoi, il faut s'interroger sur notre régime de soins de santé. Ce sont toutes des questions que nous devons nous poser avant même de commencer à envisager la possibilité d'imposer des frais dans le cadre de notre régime.

**Mme Sharp:** Je voudrais ajouter mon grain de sel à ce discours. Nous ne proposons pas qu'on examine la situation de chaque famille et qu'on détermine l'accès aux soins de santé selon le revenu, le mode de vie, l'importance de la famille et d'autres contraintes qui pourraient leur être imposées.

**Le président:** Je n'ai pas dit cela. Je n'ai même rien dit qui permette de le supposer.

**Mme Sharp:** Non, mais si l'on ne garantit l'accès au régime qu'aux bénéficiaires de l'assistance sociale, qu'advient-il des autres. . . ? Je suis désolée, mais, est-ce que j'ai vraiment mal compris?

Il y a des gens dont le revenu dépasse celui des bénéficiaires de l'assistance sociale qui ont ou qui auraient de la difficulté à payer les soins médicaux dont ils ont besoin. Il y a des exemples dans le domaine de la nutrition, où c'est un problème très réel pour certaines personnes. Ce serait peut-être un exemple que je pourrais utiliser. Après un séjour à l'hôpital, une personne sans revenu peut bénéficier de services en matière de nutrition. Mais quand on n'a qu'un faible revenu et que l'on n'est pas bénéficiaire de l'assistance sociale, on n'a pas les moyens d'acheter les aliments spécialisés dont a besoin un membre de la famille qui est malade et qui ne peut absorber des aliments réguliers. Cela devient une responsabilité familiale personnelle. Cela peut nuire énormément au bien-être de certaines familles. Je ne vois pas comment on pourrait déterminer le seuil où certaines familles pourraient avoir accès au régime de soins de santé.

Ce n'est pas l'approche que nous favoriserions en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé—à la question de l'universalité.

[Text]

**The Chairman:** Ladies, may I on behalf of the committee thank you for being with us today. We have enjoyed your brief and found it stimulating. We thank you for your responses to our questions. Perhaps we will have occasion, as you suggested, to see you again in the future. Thank you very kindly.

**Ms Sharp:** Thank you.

**The Chairman:** This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

---

Tuesday, June 21, 1988

• 1035

**The Chairman:** The Chair sees a quorum. We are meeting today in accordance with our mandate under Standing Order 96.(2) for the consideration of the health care system in Canada and its funding.

I want to begin by apologizing to our witnesses who are here this morning for the late start. A number of circumstances have all come together at one time today. We have two members who are stuck out in Manitoba and two that were called at the last minute to meetings of the Standing Committee on Private Members' Business, where they plan private members' hour.

We also have some rather large caucus meetings that were called at the last minute. Unfortunately, these meetings have taken a number of members away from the committee.

However, let me welcome our witnesses here today. We had originally planned to divide this morning's session into groups, but I think now in view of the time schedule that we shall ask all four to be at the table, as you are now. Perhaps we can hear from you in the order in which you appear on the agenda for today.

We will start with Dr. Vaillancourt of the Canadian Association of Medical Colleges, followed by Dr. McKerracher and Mrs. Lenore Mills of the Association of Canadian Teaching Hospitals, and then finally Mr. Paul Gamble from the Hospital Council of Metro Toronto.

• 1040

I would welcome all of you to address the topic of the delivery of health care and its funding to the extent you feel it is important from your point of view. Then we can have the committee follow through with questions to each or all of you, as the case may be, and according to the interest of the committee members.

[Translation]

**Le président:** Mesdames, au nom du Comité, je vous remercie d'être venues nous rencontrer aujourd'hui. Votre mémoire nous a plu, et nous l'avons trouvé stimulant. Nous vous remercions aussi des réponses que vous nous avez données. Nous aurons peut-être l'occasion de nous revoir, comme vous l'avez dit. Je vous remercie sincèrement.

**Mme Sharp:** Merci.

**Le président:** La séance est levée. C'est terminé, merci beaucoup.

---

Le mardi 21 juin 1988

**Le président:** Je vois que nous avons le quorum. Le Comité siège aujourd'hui conformément au mandat qui lui est conféré en vertu du paragraphe 96.(2) du Règlement, pour examiner le système des soins médicaux au Canada et son financement.

Tout d'abord, je voudrais demander à nos témoins d'aujourd'hui de nous excuser de commencer avec autant de retard. Divers incidents se sont produits en même temps. Deux des membres du Comité sont coincés au Manitoba et deux autres ont été appelés à la dernière minute pour siéger au Comité permanent des affaires émanant des députés, où l'on établit le programme de l'heure réservée aux initiatives parlementaires.

Il y a également eu certaines réunions de caucus importantes, convoquées à la dernière minute. Malheureusement, certains des membres du Comité ont dû assister en priorité à ces réunions.

Je voudrais toutefois souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Au départ, nous pensions diviser la séance de ce matin en groupes, mais étant donné notre retard, nous vous demanderons à tous les quatre de vous asseoir en même temps à la table, ce que vous avez fait. Nous pourrions peut-être entendre votre témoignage dans l'ordre de comparution prévu à l'ordre du jour d'aujourd'hui.

Nous commencerons par le D<sup>r</sup> Vaillancourt, de l'Association des facultés de médecine du Canada, suivi par le D<sup>r</sup> McKerracher et M<sup>me</sup> Lenore Mills, de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, et enfin, nous entendrons M. Paul Gamble, du Hospital Council of Metro Toronto.

Je vous demanderais de vous en tenir à la question de la prestation et du financement des services médicaux, en mettant l'accent sur les points qui vous paraissent importants. Puis les membres du Comité pourront vous poser des questions à tour de rôle, le cas échéant, et en fonction de leur intérêt personnel.



[Texte]

Dr. Deguise-Vaillancourt, would you give us some views on the subject from the point of view of the ACMC.

**Dr. Deguise-Vaillancourt (Executive Director, Association of Canadian Medical Colleges):** Thank you, Mr. Chairman. First of all, I would like you to know that I was told of your kind invitation only on Friday. So I did not have time to prepare a brief.

Moreover, as you know, ACMC is a purely academic organization. We are dealing mostly with the preparation of physicians, and we have only an indirect interest in the delivery of health care as such, through our member hospitals, our teaching hospitals. I am sure Dr. McKerracher is better prepared than I am to deal with this question. As physicians also, we are certainly interested in the delivery of health care.

They told me you might be interested in knowing the relationship existing between medicine and the teaching hospitals. The relationship between the medical schools in Canada, of which there are 16, as you well know, and the teaching hospitals is indeed a very close one.

Most of our clinical teachers have dual appointments. They have an appointment at the medical school and also at a teaching hospital. The dean of medicine of the schools or his representative usually sits on the board of the teaching hospitals.

The clinical teaching in the medical school is done at those affiliated hospitals: more specifically, the clerkship, that is the last two years of pre-MD training, and also the residency training in all the various specialties, and this includes the family physicians' training.

The universities and the teaching hospitals are usually linked by a contract signed not by the faculty of medicine, but the authorities of the university and of the hospital.

The research is done more and more in the teaching hospital and a teaching hospital setting. In many hospitals also, but this varies according to the provinces, the departments of the faculty of the school of medicine are very often based in a hospital rather than at the university. So the universities or the faculties of medicine at the university are usually left with the first two years of training of the physicians, the basic sciences, in other words, and after that, the students go to the teaching hospitals for their clinical preparation.

As you know, Mr. Chairman, we are very proud in medicine of the accreditation system we have regarding the faculties of medicine. This is done conjointly with the Americans. They have a similar organization in the United States. We sit on their board, and they also participate in the Canadian accreditation system. In this accreditation system we are dealing with hospitals and the final accreditation depends largely on hospital resources,

[Traduction]

Docteur Deguise-Vaillancourt, pouvez-vous nous dire quelle est la position de votre association sur cette question?

**Dr. Deguise-Vaillancourt (directeur exécutif, Association des facultés de médecine du Canada):** Merci, monsieur le président. Je voudrais tout d'abord vous dire que votre gentille invitation ne m'a pas été transmise avant vendredi. Je n'ai donc pas eu le temps de préparer un mémoire.

En outre, comme vous le savez, notre association a un caractère purement universitaire. Nous nous occupons principalement de la préparation de médecins et n'accordons qu'un intérêt secondaire à la prestation des services de santé en tant que tels, par l'entremise des hôpitaux d'enseignement qui sont membres de l'association. Le Dr McKerracher est certainement mieux en mesure que moi de traiter de cette question. En tant que médecins, en outre, nous portons un vif intérêt à la prestation des services médicaux.

Il paraît que vous aimeriez en savoir plus au sujet du rapport existant entre la médecine et les hôpitaux d'enseignement. Il existe un rapport très étroit entre les facultés de médecine du Canada, au nombre de 16, comme vous le savez, et les hôpitaux d'enseignement.

La plupart de nos enseignants assument un double mandat. Ils occupent un poste à la faculté de médecine, ainsi qu'à l'hôpital d'enseignement. Le doyen de la faculté de médecine, ou son représentant, siège généralement au conseil d'administration des hôpitaux d'enseignement.

L'enseignement clinique des facultés de médecine est dispensé dans ces hôpitaux affiliés; il s'agit plus précisément du stage qui se déroule les deux dernières années du cours de médecine proprement dit, ainsi que de l'internat dans les diverses spécialités, et notamment la médecine générale.

Les universités et les hôpitaux d'enseignement sont généralement liés par un contrat signé non pas par la faculté de médecine, mais par les responsables de l'université et de l'hôpital.

La recherche s'effectue de plus en plus au sein de l'hôpital d'enseignement et dans un cadre hospitalier. Dans de nombreux hôpitaux également, mais cela varie selon les provinces, les départements de la faculté de médecine se trouvent souvent à l'hôpital plutôt qu'à l'université. Les universités ou les facultés de médecine se chargent généralement des deux premières années d'études des médecins, autrement dit les sciences fondamentales, après quoi les étudiants vont suivre leur préparation clinique dans les hôpitaux d'enseignement.

Comme vous le savez, monsieur le président, le corps médical est très fier du système d'accréditation en vigueur dans les facultés de médecine. Ce système est appliqué conjointement avec les Américains. Il existe un organisme semblable aux États-Unis. Nous siégeons à son conseil d'administration, et ils participent au système d'accréditation canadien. Dans le cadre de ce système, nous traitons avec les hôpitaux, et l'accréditation finale



[Text]

particularly when it comes to the training of future specialists and future family physicians.

• 1045

So in essence, Mr. Chairman, a teaching hospital should be thought of as a most important part of a school of medicine. It complements the school of medicine. I would be very happy to answer any questions the members of the committee might have regarding this very close relationship between the schools of medicine and the teaching hospitals.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Vaillancourt. I know Mrs. Mitchell does have to leave early. Would you wish to ask questions now of Dr. Vaillancourt or would you prefer to hear from the four witnesses first?

**Ms Mitchell:** Perhaps we should hear from the four.

**The Chairman:** I think we had better. Dr. McKerracher, do you want to follow through now please.

**Dr. Finlay McKerracher (Secretary Treasurer, Association of Canadian Teaching Hospitals):** Thank you, Mr. Chairman. We are a national organization. We have 84 members from coast to coast and 23 affiliate members. All our executives are chief executive officers of teaching hospitals. The president of the organization is Dr. Bill Noonan of the Hamilton Civic Hospitals, and Mrs. Lucy Dobbin of the Health Sciences Centre in St. John's, Newfoundland, is president-elect.

We work very closely, as Dr. Vaillancourt said, with the Association of Canadian Medical Colleges. We have an annual meeting where we discuss issues which are important to us as we see them. This year, for example, the major issues in our upcoming October meeting involve physician competency related to the clinical skills, education, and so on. The other major issue is a two-year internship which is a coming thing starting in July in Quebec and likely to spread to other provinces quite rapidly.

Up till now, a physician could get a full license after a one-year internship, but the powers that be believe this is no longer adequate and more training is needed for a family physician. So this is what is happening and this is of interest to us.

We understand that other witnesses believe the acute-care system may in fact be over-funded. The comprehensive teaching hospital which has particular interests and particular responsibilities really has to be not only an acute-care institution, but a teaching institution as

[Translation]

dépend en grande partie des ressources de l'hôpital, surtout pour ce qui est de la formation des futurs spécialistes et médecins de famille.

Fondamentalement, monsieur le président, il faut donc considérer un hôpital d'enseignement comme un secteur essentiel d'une faculté de médecine, qu'il complète. Je serais heureux de répondre aux questions éventuelles des membres du Comité au sujet du rapport très étroit qui existe entre les facultés de médecine et les hôpitaux d'enseignement.

**Le président:** Merci, docteur Vaillancourt. Je sais que M<sup>me</sup> Mitchell doit partir tôt. Souhaitez-vous poser des questions maintenant au Dr Vaillancourt, ou préférez-vous entendre d'abord les commentaires des quatre témoins?

**Mme Mitchell:** Il vaut peut-être mieux entendre les quatre témoignages.

**Le président:** Oui, cela vaut mieux, à mon avis. Docteur McKerracher, veuillez nous faire part maintenant de vos commentaires.

**M. Finlay McKerracher (secrétaire-trésorier, Association canadienne des hôpitaux d'enseignement):** Merci, monsieur le président. Nous sommes un organisme national qui compte 84 membres d'un bout à l'autre du pays et 23 membres affiliés. Tous nos cadres sont des directeurs généraux d'hôpitaux d'enseignement. Le président de l'organisme est le Dr Bill Noonan, de l'Hôpital Civic de Hamilton, et M<sup>me</sup> Lucy Dobbin, du Centre des sciences de la santé, à Saint-Jean de Terre-Neuve, en est la présidente élue.

Comme l'a dit le Dr Vaillancourt, nous travaillons en collaboration étroite avec l'Association des facultés de médecine du Canada. Nous tenons une assemblée annuelle où nous discutons des questions qui revêtent de l'importance à nos yeux. Cette année, par exemple, les questions prévues à l'ordre du jour de notre réunion d'octobre prochain portent sur la qualification des médecins par rapport aux compétences cliniques, à l'enseignement, et ainsi de suite. Nous examinons également la question importante de l'internat de deux ans qui doit débiter à compter de juillet au Québec et qui s'étendra vraisemblablement aux autres provinces assez rapidement.

Jusqu'à présent, un médecin pouvait être autorisé à exercer après un an d'internat, mais les autorités en place estiment que cela ne suffit plus et qu'un futur médecin de famille doit recevoir une formation plus étendue. C'est donc ce qui se passe, et cette question nous intéresse au plus haut point.

Il semblerait que d'autres témoins estiment que les services de soins actifs reçoivent un financement excessif. L'hôpital d'enseignement global qui offre des services et assume des responsabilités dans des domaines précis doit être non seulement une institution de soins actifs, mais

[Texte]

Dr. Vaillancourt said, and it also has to have a research interest. So all these three arms are necessary.

We are interested in health promotion and patient teaching. We perhaps could be more interested in health prevention, but that is coming. Our own organization believes that we are in fact under-funded, because we have ourselves set up a research project with a group in Kingston to study the costs of teaching. That is a major project for us simply because we feel the additional costs of teaching are legitimate and are really not recognized.

The other thing is that in the 1960s and 1970s, following the Hall Commission Report, there was a very major funding of the teaching organizations in the National Health Resources Development Program. That was indeed essential for the creation of a good many medical schools and teaching hospitals. But 20 years later, we feel the teaching hospitals are suffering from a lack of capital, a lack of regeneration of their facilities. We are contemplating time to approach the Minister of National Health and Welfare to talk again in those kinds of terms.

• 1050

The other issues concerning you this morning are about high technology. It comes with teaching hospitals and is part of the investigative inquiring approach we think a good teaching hospital should have. The classic examples we all know are things like CT scanners, which have been common in the last five years, but only came in ten to fifteen years ago. We know of teaching hospitals that have two and sometimes three of those. Those machines are busy certainly more than eight hours a day, perhaps sixteen hours a day, and in many places there are still waiting lists.

The demand for those facilities is never ending. We sometimes talk about the bottomless pit. Once you create a new resource and a new quality of diagnostic facility, everybody wants to use it, patients and doctors alike. When a new thing comes in, everybody wants it. ACTH does not in any way support what has happened in the United States where small hospitals and clinics have exotic equipment.

We think that in the main the provinces have done very well in controlling introduction of those costly devices, some of them \$750,000 to \$2 million, and we think it works reasonably well.

The downside of this is that control is necessary or everybody would want them. They are not only expensive to buy, but much more expensive to operate. If they are

[Traduction]

aussi un établissement d'enseignement, comme l'a dit le Dr Vaillancourt; il doit aussi faire de la recherche. Ces trois éléments sont donc nécessaires.

Nous nous intéressons à la promotion de la santé et à l'éducation des patients. Nous pourrions peut-être accorder un plus grand intérêt à la prévention médicale, mais nous y arrivons. Notre organisme estime n'être pas suffisamment financé, puisque nous avons dû nous-mêmes mettre sur pied un projet de recherche avec un groupe de Kingston pour étudier les coûts de l'enseignement. Il s'agit d'un projet important à nos yeux, simplement parce que, à notre avis, le coût supplémentaire de l'enseignement est pleinement justifié et que l'on n'en tient pas véritablement compte dans le financement.

D'autre part, dans les années 60 et 70, à la suite du rapport de la Commission Hall, on a prévu un financement important des organismes d'enseignement dans le cadre du Programme de développement des ressources de la santé nationale. Ce programme a largement contribué à la formation d'un grand nombre de facultés de médecine et d'hôpitaux d'enseignement. Toutefois, 20 ans plus tard, nous estimons que les hôpitaux d'enseignement manquent de capitaux, et occupent des installations désuètes. Nous envisageons de rencontrer le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour le saisir à nouveau de ces questions.

La technologie de pointe est l'une des autres questions qui vous intéressent ce matin. Elle est en rapport avec les hôpitaux d'enseignement et fait partie intégrante du rôle novateur que doit jouer, à notre avis, tout bon hôpital d'enseignement. Nous en connaissons certains exemples classiques, comme les tomodensitomètres, que l'on utilise couramment depuis cinq ans, mais qui sont arrivés sur le marché il y a à peine 10 ou 15 ans. Nous savons que certains hôpitaux d'enseignement en possèdent deux, et parfois trois. Ces machines fonctionnent plus de huit heures par jour, et parfois même jusqu'à 16 heures par jour, et il existe des listes d'attente dans de nombreux hôpitaux.

La demande de ces installations est infinie. On parle parfois d'un puits sans fond. Lorsque l'on crée une nouvelle ressource et un nouveau dispositif de diagnostic, tout le monde veut s'en servir, tant les patients que les médecins. Lorsque quelque chose de nouveau fait son apparition, tout le monde veut l'obtenir. L'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement désapprouve ce qui s'est passé aux États-Unis, où les petits hôpitaux et les cliniques utilisent du matériel pour le moins folklorique.

Dans l'ensemble, les provinces ont fort bien réussi à contrôler la mise en service de ces appareils coûteux, dont certains valent de 750,000\$ à 2,000,000\$, et les choses vont assez bien, d'après nous.

L'inconvénient, c'est que, faute de contrôle, tout le monde voudrait utiliser ces appareils. Ils sont non seulement chers à l'achat, mais encore plus chers à faire



## [Text]

too controlled, we get the other problem of long waiting lists.

I was in Winnipeg last week at the Health Sciences Centre. The Manitoba government has a good policy on ultrasound, which is commonplace. In Manitoba ultrasound is limited to hospitals and is not allowed to be a private venture in offices or clinics. That is logical and rational, but the hospitals seem unable to keep up with the demand. The Health Sciences Centre in Winnipeg has more ultrasound equipment than I have ever seen and yet they have a waiting list going into August for out-patient work.

The problem is balancing the cost of providing that kind of equipment against the needs of patients, which may be true or perceived. It is the dilemma the teaching hospital faces because we are driven by demands from patients and from physicians for service. Our job is to provide that service.

Looking at the system as we see it, certainly from the point of view of teaching hospitals, the community physician or family physician is usually the person who refers the patient to the specialty services. Traditionally that has been a physician-to-physician arrangement. You refer to a specialist you know and have referred patients to before, whose quality of work you like. I think that is the way the system works in the main.

There are changes coming because, as the specialties become more technologically developed, they become more subspecialized and we get physicians who are very well qualified in a very narrow field of expertise. The doctor now may refer the patient to the service rather than to an individual physician. It is changing, but these changes are gradual.

In Ottawa, in the Heart Institute that everybody hears all about all the time, there are nine or ten cardiologists who all do different things. If you have a problem that needs echocardiography, you will be referred to one or two people. If it is electrophysiology, it is somebody else. If it is an angiogram, it is somebody else and so on. So a fellow then goes to the sub-specialty group. But that is the way the system is developing, as we see it.

• 1055

I think it is changing. I think technology is sort of driving more and more sub-specialization, because as people learn more about a sub-specialty they have to limit their skills to that. The growth of knowledge is part of the problem creating that. The growth of knowledge is not a problem but managing it is. That is the dilemma that teaching hospitals face.

## [Translation]

fonctionner. Si le contrôle est excessif, on crée un autre problème, celui des longues listes d'attente.

J'étais à Winnipeg la semaine dernière, au Centre des sciences de la santé. Le gouvernement manitobain applique une bonne politique relative aux appareils à ultra-sons, qui sont courants. Dans cette province, ces appareils sont limités aux hôpitaux et n'ont pas le droit d'être utilisés dans des cabinets privés ou des cliniques. C'est logique, mais les hôpitaux ne réussissent pas à répondre à la demande. Le Centre des sciences de la santé de Winnipeg dispose du plus gros matériel d'ultra-sons que j'ai jamais vu et, pourtant, il existe une liste d'attente jusqu'au mois d'août pour les consultations externes.

Le problème consiste à établir l'équilibre entre le coût d'achat de ce matériel et les besoins des patients, réels ou perçus. L'hôpital d'enseignement est confronté à ce dilemme, puisqu'il doit répondre aux exigences des patients et des médecins en matière de services. Nous sommes là pour offrir ce service.

Si l'on examine le système actuel, du moins du point de vue des hôpitaux d'enseignement, c'est en général le médecin de famille ou le médecin qui exerce dans un centre communautaire qui renvoie le patient à un spécialiste. Depuis toujours, il s'est agi d'une entente entre médecins. Le médecin généraliste renvoie un patient à un spécialiste qu'il connaît et auquel il a déjà envoyé des patients, parce qu'il apprécie son travail. C'est dans l'ensemble de cette façon que le système fonctionne.

Des changements sont en voie de se produire, puisque, alors que les spécialités deviennent plus complexes du point de vue technologique, on assiste à l'apparition d'un grand nombre de sous-spécialités et de médecins qui sont très qualifiés dans un secteur de compétence très restreint. Le médecin peut désormais renvoyer le patient à un service plutôt qu'à un autre médecin en particulier. Les choses évoluent, mais de façon progressive.

A Ottawa, à l'Institut de cardiologie dont tout le monde entend parler continuellement, neuf ou dix cardiologues assument tous des fonctions différentes. Si l'on est atteint d'une maladie qui exige une échocardiographie, on s'adressera à un ou deux médecins. S'il s'agit d'électrophysiologie, on ira voir quelqu'un d'autre. Pour une angiographie, c'est encore un autre médecin que l'on consulte, et ainsi de suite. Un patient s'adresse donc au groupe qui s'occupe d'une sous-spécialisation. C'est de cette façon que le système évolue, à notre avis.

Les choses évoluent. La technologie nous pousse de plus en plus vers la sous-spécialisation, du fait que les médecins qui en apprennent davantage dans une sous-spécialité doivent restreindre leurs compétences à ce secteur. L'expansion des connaissances est en partie à l'origine du problème. Ce n'est pas l'expansion des connaissances comme telle qui constitue un problème,



[Texte]

The accessibility to the system is governed by us providing the kinds of services people need, and that goes back to Dr. Deguise-Vaillancourt and the medical colleges, because they have to train the specialists we need for the future. They have to train them to the standards of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, who set the examinations and the specialty structure itself, and we are endeavouring to do that. But to train a specialist now in some of the disciplines takes five to six to seven years.

Although we know there is a need to develop a specific service for patients, it may take us years to do that, and that is a dilemma. I have trouble knowing how much more to say, sir, and I think I will stop.

**The Chairman:** That was an excellent start, Dr. McKerracher. Mrs. Mills, you are here as the Executive Director of the Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals. Perhaps you would like to add something to this presentation now.

**Mrs. Lenore Mills (Executive Director, Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals):** Thank you, Mr. Chairman. I welcome the opportunity to speak to the standing committee.

The Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals, OCATH for short, represents the 18 teaching hospitals in Ontario. It promotes the issues of the teaching hospitals and develops health policy in Ontario. It works actively with COFM, the Council of Ontario Faculties of Medicine in this area, with the Royal College of Physicians and Surgeons of Ontario, with the Ontario Hospital Association, with the Ontario Medical Association and with the government in these endeavours. Our purpose is to preserve the role of the teaching hospitals as deliverers of health care and leaders in health care development.

We recognize the three areas that have been mentioned before; the education of health care providers, research, and the provision of excellent care. We believe we can provide a comprehensive system of exemplary care, not only in hospital but ranging to community outreach as well.

I have left with the clerk of the committee a copy of our annual report, and that outlines a little more specifically what our activities have been in the past year. I have been asked specifically to speak to high technology in teaching hospitals, the relationship of teaching hospitals to medical schools and universities, and waiting lists for specialized medical services. Our understanding is that the standing committee perceives that there is a lack of control in management of high technology in teaching hospitals, and I will address that issue first.

[Traduction]

mais plutôt sa gestion. C'est le dilemme auquel sont confrontés les hôpitaux d'enseignement.

L'accessibilité au système est régie par notre aptitude à offrir les services dont les gens ont besoin, et cela nous ramène au docteur Deguise-Vaillancourt et aux facultés de médecine, car elles doivent former les spécialistes de demain. Elles doivent les former en fonction des normes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui a déterminé les examens et la structure des spécialités proprement dite, et nous nous efforçons de les respecter. Toutefois, la formation d'un spécialiste prend actuellement cinq, six, ou même sept ans dans certaines disciplines.

Même si nous savons qu'il est nécessaire de créer un service particulier pour les patients, il nous faut parfois des années pour le faire, et c'est pour nous un autre dilemme. Je ne vois pas grand-chose à ajouter, et c'est pourquoi je m'en tiendrai là.

**Le président:** Voilà un excellent début, docteur McKerracher. Madame Mills, vous témoignez aujourd'hui en tant que directrice exécutive du Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals. Vous voudrez peut-être ajouter quelque chose à cet exposé.

**Mme Lenore Mills (directrice exécutive, Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals):** Merci, monsieur le président. Je vous remercie de me permettre de témoigner devant le Comité permanent.

Le Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals, l'OCATH en bref, représente les 18 hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. Il s'occupe des questions propres aux hôpitaux d'enseignement et élabore la politique de santé de la province. Il travaille en collaboration étroite avec le Conseil des facultés de médecine de l'Ontario dans ce domaine, ainsi qu'avec le Collège royal des médecins et chirurgiens de l'Ontario, la Ontario Hospital Association, la Ontario Medical Association et le gouvernement. Notre objectif est de préserver le rôle des hôpitaux d'enseignement en matière de prestation des services médicaux et en tant que chefs de file dans le développement des soins de santé.

Nous reconnaissons l'existence des trois secteurs mentionnés auparavant: l'éducation des responsables des soins médicaux, la recherche et la prestation de soins excellents. À notre avis, nous pouvons assurer un système global de soins exemplaires, non seulement dans les hôpitaux, mais également au niveau communautaire.

J'ai remis au greffier du Comité un exemplaire de notre rapport annuel, où l'on décrit de façon plus précise nos activités de l'an dernier. On m'a demandé de parler précisément de la technologie de pointe dans les hôpitaux d'enseignement, du rapport entre ces derniers et les facultés de médecine et les universités, ainsi que des listes d'attente pour les services médicaux spécialisés. Il semble que le Comité permanent ait l'impression qu'il y a un manque de contrôle au niveau de la gestion de la technologie de pointe dans les hôpitaux d'enseignement, et je parlerai en premier de cette question.

[Text]

The council have offered their expertise to the Ontario government to assist in the planning and evaluation of high technology, and we agree on the importance of planning and the introduction of new types of high technology, as well as managing and evaluating its use.

We also believe there could be better regional and provincial co-ordination of the allocation of high technology—for example, in MRI equipment and CT scanners. Locally, the teaching hospitals work with the district health councils in assessing needs for high technology, as well as other types of services.

As I said, we have identified the need for better co-ordination provincially. There does not appear to be an overall plan in Ontario for the use of high technology. There was a previous government committee that was looking at high technology issues—it has since disbanded—but they did not come up with any specific recommendations.

• 1100

We have worked with the Ontario government and the Ontario Hospital Association regarding the introduction of new technology, and recent examples are in relation to the introduction of non-ionic contrast media and also the recent new drug that you have probably seen mentioned in the press, tissue plasminogen activator—t-PA for short—and a position statement has come out in Ontario in relation to the use of that drug.

We are forming a committee to review ongoing research within teaching hospitals and to respond proactively to the use of new technology, services, and programs. Also within our teaching hospitals we are co-ordinating group purchasing of high technology equipment to promote the efficiency and effectiveness and also economies of scale within the teaching hospital system.

We believe that high technology does have a place in treating disease; and we believe that each application should be assessed, and if put in place, should be evaluated. We also believe that similarly with community-based programs there should be an evaluation component built in to those programs as well to look at the results of their programs in relation to prevention and to promotion of health.

I will move on now to the relationship between the teaching hospitals to the medical schools and the universities. As you are probably aware, it has already been mentioned by Dr. Vaillancourt that in terms of the medical schools we provide placement for their clinical clerks who are in their final year, normally, of medical

[Translation]

Le conseil a offert ses services au gouvernement de l'Ontario en vue de participer à la planification et à l'évaluation de la technologie de pointe; nous reconnaissons l'importance de la planification et de la mise en place de nouvelles techniques de pointe, ainsi que de la gestion et de l'évaluation de leur application.

Nous pensons également qu'il pourrait exister une meilleure coordination régionale-provinciale à l'égard de l'attribution de la technologie de pointe—par exemple, en ce qui a trait au matériel MRI et au tomomodensitomètre. Au niveau local, les hôpitaux d'enseignement collaborent avec les conseils de santé de district pour évaluer les besoins en matière de technologie de pointe, ainsi que d'autres genres de services.

Je le répète, nous avons décelé une lacune sur le plan de la coordination à l'échelle provinciale. Il ne semble pas exister de plan global en Ontario pour l'utilisation de la technologie de pointe. Un comité gouvernemental a déjà examiné les questions relatives à la technologie de pointe—il a été démantelé depuis lors—mais il n'a formulé aucune recommandation précise.

Nous avons travaillé en collaboration avec le gouvernement de l'Ontario et l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour étudier la mise en oeuvre des techniques de pointe, et nos travaux ont permis l'utilisation d'opacifiants non ioniques et d'un nouveau médicament que vous avez probablement vu mentionné dans la presse, les activateurs du plasminogène, qui a d'ailleurs fait l'objet d'une déclaration sur son usage de la part du gouvernement de l'Ontario.

Nous procédons à la mise sur pied d'un comité de réexamen qui sera chargé d'étudier les recherches en cours dans les hôpitaux d'enseignement et d'intervenir activement en se prononçant sur la mise en oeuvre des techniques, services et programmes nouveaux. Au sein même des hôpitaux d'enseignement, nous nous occupons de coordonner l'achat collectif de matériel de pointe afin d'améliorer l'efficacité des services et de réaliser des économies d'échelle au sein du réseau des hôpitaux.

Nous estimons que la technologie de pointe a sa place dans le traitement des maladies. Nous estimons aussi que chaque demande doit faire l'objet d'un examen, et si elle donne lieu à l'achat de matériel neuf, doit être suivie d'une évaluation. Nous sommes également d'avis qu'à l'instar de ce qui se fait dans le cadre des programmes communautaires, ces nouveaux programmes doivent aussi faire l'objet d'une évaluation qui juge de leur efficacité en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Passons maintenant aux rapports entre les hôpitaux d'enseignement, les facultés de médecine et les universités. Vous vous souvenez sans doute que le docteur Vaillancourt a précisé que nous nous chargeons des affectations des stagiaires de dernière année des facultés de médecine, c'est-à-dire que nous fournissons la formation



## [Texte]

training, interns and residents for post-graduate training, as well as nurses, rehabilitation professionals in physiotherapy and occupational therapy, speech pathology and audiology, pharmacists, dietitians, social workers, psychologists, and also health administration post-graduate residents. The teaching hospitals are used as the clinical practice location and for these students to gain experience in working with patients or working in the health system, and these students are also supervised by teaching hospital staff.

As has already been mentioned, all physicians in Ontario teaching hospitals have joint appointments to the faculties of medicine, and as well chief nursing officers in teaching hospitals also have joint appointments with faculties of nursing.

Our council and the council of the Ontario faculties of medicine work closely together to ensure the excellence of the teaching and research programs and to maintain the high standard of post-graduate training. In the annual report it indicates what recent issues we have been working on together.

We are currently working with the Council of Faculties of Medicine and the Ontario Ministry of Health to review the funding and the staffing of clinical teaching units within teaching hospitals.

In addition, from the nursing standpoint, the chief nursing officers of OCATH hospitals meet regularly with the faculties of nursing to review the course content and ensure the relevance of the training in relation to practice within teaching hospitals.

I will move on now to the waiting list for specialized medical services. Here again OCATH believes that there could be better co-ordination of specialized medical services on a regional basis. The Hamilton regional co-ordination is a good model. They work closely together to ensure that programs are directed to certain teaching hospitals, and they co-ordinate regionally, both for the provision of services and the use of equipment and research.

We did a preliminary survey, which was very quick, given the short notice of our appearance here, and surveyed the Toronto General Hospital and St. Michael's Hospital in Toronto and the Ottawa General Hospital and the Ottawa Civic Hospital in relation to waiting lists for specialized services. I caution that this is a preliminary survey.

## [Traduction]

médicale aux internes, aux résidents en formation postdoctorale, ainsi qu'aux infirmières, aux spécialistes de la rééducation par la physiothérapie et l'ergothérapie, la phoniatry et l'audiologie, aux étudiants en pharmacie, en diététique, en travail social, en psychologie, ainsi qu'aux résidents postdoctoraux qui se spécialisent en administration de la santé. Les hôpitaux d'enseignement constituent le terrain de formation clinique et permettent à ces étudiants d'acquérir de l'expérience au chevet d'un malade ou en exécutant d'autres fonctions liées au système de santé, et ces étudiants font l'objet d'une surveillance de la part du personnel de l'hôpital d'enseignement.

Il a déjà été précisé que tous les médecins travaillant dans les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario le font également dans les facultés de médecine, tout comme les infirmières-chefs travaillent à la fois dans les hôpitaux d'enseignement et les écoles de sciences infirmières.

Notre conseil et celui des facultés de médecine de l'Ontario veillent ensemble à l'excellence des programmes d'enseignement et de recherche et au maintien de la qualité très élevée de la formation de 3<sup>e</sup> cycle. Le rapport annuel précise sur quelles questions nous avons récemment collaboré ensemble.

À l'heure actuelle, nous travaillons de concert avec le Conseil des facultés de médecine et le ministère ontarien de la Santé pour réexaminer le financement et la mutation des unités d'enseignement clinique au sein des hôpitaux d'enseignement.

En outre, pour ce qui est des sciences infirmières, les infirmières-chefs des hôpitaux d'enseignement membres de notre conseil assistent régulièrement à des rencontres avec des représentants des écoles de sciences infirmières afin de revoir le contenu des cours et de veiller à maintenir la pertinence de la formation des infirmiers et infirmières par rapport à ce qui se passe au sein des hôpitaux d'enseignement.

Je vais maintenant passer à la question des listes d'attente dans des domaines spécialisés de la médecine. Ici encore, le Conseil des administrateurs d'hôpitaux d'enseignement de l'Ontario estime qu'il y aurait lieu de mieux coordonner les services médicaux spécialisés sur une base régionale. À cet égard, le modèle de coordination régionale de Hamilton est un bon exemple. Les professionnels de la santé y veillent ensemble à ce que les programmes soient conçus en fonction de certains hôpitaux d'enseignement et coordonnent à la fois la prestation des services, l'utilisation du matériel et les recherches sur une base régionale.

Nous avons effectué un sondage provisoire et très rapide, étant donné le peu de temps que nous avons eu pour nous préparer avant de venir témoigner ici. Il porte sur l'Hôpital Général et l'Hôpital St. Michael de Toronto et sur l'Hôpital Général et l'Hôpital Civic d'Ottawa pour ce qui est de la durée de l'attente par rapport à certains services spécialisés. Encore une fois, je précise qu'il s'agit d'un sondage provisoire.



[Text]

[Translation]

• 1105

But in terms of the results, we found that for open-heart surgery the waiting list in Ottawa was three to four months and it was four months in Toronto. In Toronto there were about 800 people on the list, but 5% to 10% of these 800 people waiting could be cancelled due to emergency surgery and then they would be bumped further down the list. But generally they estimate four months.

For angioplasty there is a waiting list of three to four months in Ottawa and three months in Toronto; elective heart catheterization, five months in Ottawa, three months in Toronto; heart transplants, I do not have the waiting list time in Ottawa, but it is two to four months in Toronto; haemodialysis, no waiting period in Ottawa, three months in Toronto; dialysis, no waiting period, weeks to months in Toronto; transplants, one week to one year in Ottawa, up to three years in Toronto, but of course this is dependent upon an appropriate donor and that is sometimes the reason for the long delay, depending on your tissue type; hip replacements, I do not have an estimate for Ottawa, but it is one week to one month in Toronto.

I believe there was a recent article in the media about a person waiting for a long time in Toronto for a hip replacement. According to our medical director at the Toronto hospital, he indicated that it is often dependent upon a patient's individual orthopaedic surgeon. That specific surgeon may not book many hip replacements, and if that patient chooses to wait to have his surgery with that surgeon, then he may wait a long time. If he chooses to seek care from another orthopaedic surgeon or another hospital, he may not have the same waiting period.

The other waiting lists are complex and waiting periods are as well, and it was suggested that studies should be conducted to look at the significance of waiting. For example, how long does it take to have a positive diagnosis for breast cancer. How long before therapy starts? Does earlier diagnosis and treatment lead to better outcome, lower mortality? These kinds of studies should probably be done. The Ottawa group we polled said that, because of the \$2.4 million grant to the Ottawa Heart Institute, the waiting times there are expected to decrease significantly, and the Ottawa General noted that there are no waits for haemodialysis or for dialysis.

Moving on, then, the Ontario government's current and expected hospital funding limitations are causing difficulties in the short term as hospitals struggle to adjust to budget allocations that fall below inflation

Nous avons découvert que dans le cas de la chirurgie à coeur ouvert, la durée de l'attente était de trois ou quatre mois à Ottawa et de quatre mois à Toronto. À Toronto, 800 personnes figuraient sur la liste, mais entre 5 et 10 p. 100 de ces dernières pouvaient être déplacées vers le bas de la liste en raison de chirurgie d'urgence. Cependant, on a observé qu'en général, l'attente durait quatre mois.

Dans les cas d'angioplastie, la durée de l'attente varie entre trois et quatre mois à Ottawa et s'établit à trois mois à Toronto; dans les cas de cathétérisme facultatif du coeur, l'attente dure cinq mois à Ottawa, et trois mois à Toronto; pour ce qui est des transplantations, je n'ai pas les données relatives à la durée de l'attente pour Ottawa, mais pour Toronto, elles indiquent une attente de deux à quatre mois. Pour ce qui est de l'hémodialyse, il n'y a pas d'attente à Ottawa, tandis qu'à Toronto, l'attente dure trois mois; dans le cas de la dialyse, il y a accès immédiat au service à Ottawa et une attente de quelques semaines à quelques mois à Toronto; quant aux transplantations, l'attente se situe entre une semaine et un an à Ottawa, et jusqu'à trois ans à Toronto, mais bien sûr, les longues attentes sont liées à l'absence de donneurs appropriés, car il faut une compatibilité des tissus. Dans les cas d'interventions où on installe une prothèse à la hanche, je n'ai pas de chiffres pour Ottawa, mais l'attente varie entre une semaine et un mois à Toronto.

Je crois que récemment, un article faisait état de la longue attente qu'avait dû supporter un malade de Toronto avant de se faire poser une prothèse de la hanche. D'après notre directeur médical à l'hôpital de Toronto, cela dépend souvent du chirurgien orthopédiste choisi par le malade. Tel chirurgien ne fait peut-être pas beaucoup d'interventions de remplacement de la hanche par une prothèse, mais si le malade choisit de recourir à ses services, alors il attendra peut-être longtemps. Si par contre il choisit de se faire opérer par un autre chirurgien, ou dans un autre hôpital, il n'attendra peut-être pas aussi longtemps.

Les autres périodes et listes d'attente sont complexes, et on a proposé d'étudier l'importance relative de l'attente. Ainsi, par exemple, combien de temps faut-il attendre un diagnostic positif de cancer du sein? Combien de temps faut-il attendre le début de la thérapie? Un diagnostic et un traitement précoces donnent-ils de meilleurs résultats, une mortalité plus faible? De telles études s'imposent probablement. À Ottawa, le groupe ayant fait l'objet de notre sondage nous a dit qu'en raison de la subvention de 2,4 millions de dollars accordée à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, on s'attend à ce que les attentes soient de beaucoup abrégées, et l'Hôpital Général d'Ottawa a aussi noté qu'il n'y a pas d'attente dans le cas des services d'hémodialyse ou d'épuration extrarénale.

Par ailleurs, les compressions budgétaires actuelles et probables que le gouvernement de l'Ontario impose aux hôpitaux causent des difficultés à court terme, car les hôpitaux doivent composer avec des crédits budgétaires

[Texte]

requirements. I will say just a little bit about funding in Ontario of hospitals.

A decade ago more than half of Ontario's health care dollars went to provide hospital care. Today the hospital share has dropped to 44%, and over that same decade the Ontario Health Insurance Plan, OHIP, funding rose from 24% to 32% of the health care budget, and the Ontario Drug Benefit Plan increased from 2% to 4% of the health care budget. So the increases seem to be in those areas, and the hospitals have certainly been held down in terms of their overall allocation.

**Ms Copps:** On OHIP, are you talking about the administration of the plan?

**Mrs. Mills:** No, I am talking about the fee-for-service expenditures.

Ten of the 18 OCATH hospitals will be compelled to take serious economy measures to avoid budget deficits this year, and many of them will have to close beds or curtail certain services and reduce staffing costs. Teaching hospitals forced to contemplate such moves will not take unilateral action, but will consult with neighbouring hospitals and health care facilities to ensure that essential services remain accessible.

One of the concerns you may have heard in the media is that community hospitals are also hard-pressed. About 96 of the 222 hospitals in Ontario are currently projecting budgets for this 1988-89 fiscal year. The teaching hospital concern is that as they close programs, more of their patients will be referred to the teaching hospitals, which will make it in turn more difficult for the teaching hospitals to close beds and introduce economies. Paul Gamble will also be speaking to that issue in his presentation.

OCATH and the Ontario Hospital Association are working with the Ministry of Health at the present time in a review of the overall reimbursement of hospitals. Over time there have been growing inequities in the present method of global budgeting. This has been a major cause of the financial difficulties that now afflict our hospital system.

Again, as you also probably know, there were operational reviews of 22 hospitals that have been in deficit positions. Those are currently being reviewed by a committee of the Ministry, Ontario Hospital Association, and OCATH. They expect to come out with a report by the end of July. Then there will be a further review of the overall system.

OCATH will be reviewing utilization studies in the United States with a view to replicating some of these

[Traduction]

inférieurs à la croissance de l'inflation. Je vais donc traiter brièvement du financement des hôpitaux de l'Ontario.

Il y a dix ans, plus de la moitié des crédits affectés aux services de santé en Ontario était acheminée vers les hôpitaux. Aujourd'hui, la part de ces établissements a diminué jusqu'à 44 p. 100, et pendant la même période, la proportion que représentait le régime d'assurance-maladie de l'Ontario dans l'ensemble du budget de la santé est passée de 24 p. 100 à 32 p. 100, et la part du régime de médicaments gratuits de l'Ontario est passée de 2 p. 100 à 4 p. 100. C'est donc dans de tels domaines qu'on a observé une progression, tandis que les hôpitaux ont certainement accusé une baisse de crédits.

**Mme Copps:** Lorsque vous parlez du régime OHIP, est-ce qu'il s'agit de son administration?

**Mme Mills:** Non, ces chiffres se rapportent aux dépenses liées à la rémunération des services.

Dix des 18 hôpitaux de notre association seront forcés de procéder à des coupes sombres afin d'éviter des déficits budgétaires cette année, et bon nombre d'entre eux devront aussi fermer des lits ou limiter certains services et réduire les coûts de dotation. Les hôpitaux d'enseignement acculés à de telles mesures ne poseront pas de gestes unilatéraux; ils consulteront auparavant les hôpitaux avoisinants et d'autres établissements de santé afin de veiller à ce que les services essentiels demeurent accessibles.

Vous avez probablement aussi entendu parler des problèmes que connaissent les hôpitaux de soins communautaires. À l'heure actuelle, 96 des 222 hôpitaux de l'Ontario effectuent des prévisions budgétaires pour l'année financière 1988-1989. Ce qui préoccupe les hôpitaux d'enseignement, c'est qu'au fur et à mesure qu'ils mettront fin à certains de leurs programmes, davantage de leurs malades seront envoyés vers les hôpitaux d'enseignement, ce qui leur rendra la tâche d'autant plus difficile lorsqu'il s'agira de fermer des lits et de prendre des mesures de compression. Paul Gamble reviendra là-dessus dans son exposé.

L'OCATH et l'Association des hôpitaux de l'Ontario collaborent avec le ministère de la Santé à un réexamen du remboursement global des hôpitaux. Avec le temps, des inégalités croissantes se sont manifestées dans l'actuel régime d'établissement global des budgets. C'est une des causes principales des difficultés financières que connaît présentement notre réseau hospitalier.

Encore une fois, vous savez sans doute qu'on a effectué la vérification de 22 hôpitaux déficitaires. Ils font présentement l'objet d'une autre étude, de la part d'un comité du ministère, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'OCATH. Le rapport devrait être prêt d'ici à la fin de juillet. Il y aura ensuite un autre examen de l'ensemble du réseau.

L'OCATH étudiera les études effectuées aux États-Unis afin de voir s'il n'y aurait pas moyen de calquer dans les



*[Text]*

studies in Ontario teaching hospitals. Better and more cost-effective use of beds and physician services may result.

There have been some interesting studies in Salt Lake City, Utah, related to integrating financial clinical quality and productivity measures. Also other studies review the length of stay and occupancy figures. We will be taking a look at this in relation both to becoming more efficient within our hospitals and to freeing up beds that could be utilized in other ways.

We welcome the recent Ontario Ministry of Health announcement about new and expanded initiatives for heart and vascular disease. You probably know about them: a central registry for patients requiring heart surgery, initially in the Metro Toronto area; and a major expansion of facilities for heart and vascular care in Toronto, Ottawa, London, Sudbury and Hamilton.

There is a perceived shortage of specialized medical staff. It is probably related more to problems of distribution of specialists than to actual shortage in most disciplines. If you look across Canada, most provinces identify anaesthesia and psychiatry as specialties in short supply. The other area where there are shortages are in the newly emerging disciplines like emergency medicine, gerontology, geriatrics, and neo-natology. As already mentioned, it will be some time before our training programs can produce sufficient specialists to meet the needs in these areas.

Those are the bases of my comments now. Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Mrs. Mills. Finally we move on to Mr. Paul Gamble who is Assistant Executive Director for the Hospital Council of Metro Toronto.

**Mr. Gamble (Assistant Executive Director, Hospital Council of Metro Toronto):** Thank you, Mr. Chairman. The Hospital Council of Metro Toronto, HCMT as it is known, is a voluntary association that represents 50 hospitals in and around Metropolitan Toronto, including the University of Toronto as a corporate member. HCMT also serves the role of Region 6 of the Ontario Hospital Association. Therefore, we play a very integrated role with the provincial hospital group.

HCMT acknowledges the brief that was presented to this committee by the Canadian Hospital Association. We support the principles identified in that brief with regard to the need for the emphasis in the areas of health promotion and wellness. HCMT is also encouraging our members to take initiatives in these areas.

*[Translation]*

hôpitaux d'enseignement de l'Ontario les mesures prises là-bas. Cela pourrait entraîner une plus grande rentabilité dans l'utilisation des lits et la prestation des services des médecins.

À Salt Lake City, dans l'Utah, on a effectué d'intéressantes études sur l'intégration de la qualité des services cliniques et financiers et de mesures favorisant la productivité. D'autres études ont également porté sur la durée du séjour et le taux d'occupation des lits. Nous allons étudier la même question afin de rendre nos hôpitaux plus efficaces et de libérer des lits qui pourraient être occupés pour d'autres raisons.

Nous nous réjouissons de l'annonce récente par le ministère ontarien de la Santé de nouvelles initiatives dans le domaine des maladies cardio-vasculaires. Vous en avez probablement entendu parler: il s'agit de la création d'un registre centralisé où figureraient les noms des malades nécessitant une chirurgie cardiaque, à commencer d'abord par la région métropolitaine de Toronto, et d'une extension importante des installations consacrées aux soins pour maladies cardio-vasculaires à Toronto, Ottawa, London, Sudbury et Hamilton.

On a observé une pénurie de personnel médical spécialisé dans certains domaines. Cela est probablement davantage attribuable à des questions de répartition des médecins qu'à une véritable pénurie, tout au moins dans la plupart des disciplines. Dans l'ensemble du Canada, la plupart des provinces ont observé des pénuries de spécialistes en anesthésiologie et en psychiatrie. Il y a aussi des carences dans des disciplines nouvelles, comme la médecine des soins d'urgence, la gériatrie, la néonatalogie. Ainsi qu'on l'a déjà dit, il faudra quelque temps avant que nos programmes de formation produisent suffisamment de spécialistes pour répondre à la demande dans de tels domaines.

C'est tout ce que je voulais dire pour le moment. Je vous remercie.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Mills. Nous passons donc la parole à M. Paul Gamble, directeur exécutif adjoint du Conseil des hôpitaux du Toronto métropolitain.

**M. Gamble (directeur exécutif adjoint, Hospital Council of Metro Toronto):** Merci, monsieur le président. Le Hospital Council of Metro Toronto, le HCMT, est une association sans but lucratif qui représente 50 hôpitaux situés à Toronto et dans la région métropolitaine, y compris l'Université de Toronto. L'organisme représente aussi la région 6 au sein de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Nous jouons donc un rôle très actif au sein du réseau hospitalier provincial.

Le conseil a pris connaissance du mémoire envoyé à votre Comité par l'Association des hôpitaux du Canada. Nous appuyons les principes qui fondent ce texte et qui insistent sur le besoin de promouvoir particulièrement la santé. Nous encourageons d'ailleurs aussi nos propres membres à prendre des initiatives en ce sens.



*[Texte]*

However, our purpose today is to provide information regarding the availability of services hospitals are asked to provide each day and for which there is a high public expectation that such services will be available. The availability of services is closely related to the continued development and the introduction of technology, both in and out of hospitals.

HCMT members are involved in every aspect of the provision of health care from health promotion and education to the research and development of new technologies required to provide specialized services. In providing these there are concerns, however, with the current utilization of existing facilities and the availability of services.

In Metro Toronto we currently find that some 10% to 20% of our 10,000 acute-care treatment beds are filled with patients who are awaiting transfer to more appropriate facilities. The majority of these individuals are elderly, long-term care patients. Clearly we must decrease the dependency on the use of hospital beds and/or hospital stays if we are to continue to maintain the level of health care services we have enjoyed. However, this does not necessarily equate with a decreased dependence on hospital services or technology. We must not automatically decrease the provision of resources to hospitals, but rather focus on how we can effect the need for services from the hospital system.

• 1115

This can be done in three basic ways. First, we can slow down admissions to hospitals. Second, we can increase the ability to discharge patients. Third, we can modify, redevelop and create new ways of treating patients who must come in contact with the hospital and its services.

The first two areas I mentioned will require such approaches as health promotion, home-care aids for daily living, etc. The third concentrates on what hospitals have been historically most involved in, which is the provision of care and treatment provided with the least amount of time spent in hospital and in the best location for the patients and their families.

Metropolitan Toronto has perhaps the greatest concentration of health care resources in Canada. Yet we, like many other areas in the country, face problems of availability. There are two current examples of this problem which have recently been acknowledged and acted upon by the provincial Ministry of Health. These examples are end-stage renal disease and cardiovascular surgery.

The Ministry of Health recently announced the approval of 24 additional haemodialysis machines for use in three Metro Toronto hospitals. This will increase the

*[Traduction]*

Si nous sommes ici aujourd'hui, cependant, c'est pour vous informer de la disponibilité des services qu'on demande aux hôpitaux de fournir tous les jours, et que le public s'attend à recevoir. Or, la disponibilité des services est étroitement liée au développement constant et à la mise en oeuvre de nouvelles techniques, à la fois dans les hôpitaux et à l'extérieur.

Les membres de notre organisme s'occupent de tous les aspects des services de santé, qu'il s'agisse de l'éducation des citoyens à la santé et de la promotion de la santé ou de la recherche et de la mise en oeuvre des nouvelles technologies nécessaires pour fournir certains services spécialisés. On s'interroge cependant sur l'utilisation actuelle des services et de leur disponibilité.

Dans la région métropolitaine de Toronto, entre 10 et 20 p. 100 de nos 10,000 lits affectés aux soins actifs sont occupés par des malades qui attendent d'être envoyés dans d'autres installations plus appropriées à leur condition. La plupart d'entre eux sont des malades chroniques et âgés. Si nous voulons maintenir le niveau des services de santé que nous avons atteint, il ne fait aucun doute que nous devons cesser de dépendre autant de l'hospitalisation. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faille diminuer notre dépendance vis-à-vis des services hospitaliers en tant que tels ou de la technologie. Il ne faut pas non plus automatiquement réduire les crédits que nous affectons aux hôpitaux, mais plutôt nous efforcer de voir comment nous pouvons modifier notre dépendance par rapport aux services offerts par les hôpitaux.

Il y a fondamentalement trois moyens de le faire. Premièrement, on peut ralentir les admissions dans les hôpitaux. Deuxièmement, on peut améliorer les possibilités de faire sortir les patients. Troisièmement, on peut modifier et remodeler les modes de traitement des personnes admises dans un contexte hospitalier et inventer de nouveaux modes de traitement.

Dans les deux premiers cas, il faudra insister sur la promotion de la santé, sur les services d'aide à domicile, etc. La troisième option porte sur l'activité la plus traditionnelle des hôpitaux, c'est-à-dire la fourniture de soins et de traitements, et vise à limiter au maximum le temps d'hospitalisation et à apporter les soins au meilleur endroit possible, en fonction du patient et de sa famille.

C'est peut-être dans le grand Toronto qu'on trouve la plus forte concentration de ressources médicales du Canada. Nous avons malgré tout des problèmes de disponibilité, comme les autres régions du pays. Le ministère provincial de la Santé a reconnu deux exemples de difficulté de ce genre et a pris des mesures en conséquence. Il s'agit de la phase finale des maladies rénales et de la chirurgie cardio-vasculaire.

Le ministère de la Santé a récemment annoncé qu'il donnait le feu vert à l'installation de 24 machines hémodialyse supplémentaires pour les hôpitaux du grand

*[Text]*

number of end-stage renal disease patients served in Metro by 115.

This service addition has been required in addition to the establishment of a non-hospital satellite unit for assisted self-care, which was created following an earlier alternative.

The Nephrology Coordinating Committee of Metro is continually struggling with the issue of waiting lists for care and the availability of these services. We must concentrate on spreading the availability of care of such services efficiently throughout the geographic areas where they are required. This is not just a Metro Toronto issue. It is one we all share.

The second example is that of cardiovascular surgery and its availability through the Metro Toronto hospitals to patients from an even wider geographic area. A report from the Metropolitan Toronto District Health Council concerning the availability of such services was released in February of 1988. It was that analysis and other information which led the Ministry of Health to the decision to increase the service availability in this area. This response will serve to reduce the current waiting lists in Metro of approximately 700 adults. It is important to note that this response was found to be necessary following the extensive study and review by that local planning body, the District Health Council.

These two areas are illustrative of a broader issue and that is the need to develop cost-effective service delivery and locate services where people can gain access to them. Despite our best efforts at health promotion, home care, etc., institutional services will still be required in the years to come.

Another example is services to patients with cancer, which is even more complex and more critical. Mr. Allan Nackley, a former deputy minister of health in Ontario, is currently chairing a committee in Metro which is examining the impact of redevelopment and relocation of cancer services. This involves not only the aspects of technology required but also where these services can best be delivered. We are concerned with the geographic availability of cancer services within Metro.

End-stage renal disease, cardiovascular surgery and cancer treatment services represent what seems to be a currently never ending demand for services. They present both ethical and service dilemmas.

What then is the positive side of the service availability issue and where do we go? First of all, technology is constantly improving and we are finding new and more cost effective ways to provide service. For example, the procedure of lithotripsy for the elimination of kidney stones can virtually eliminate the need for surgery and lengthy hospital stays. This has been introduced in Metro with an agreed-upon regional approach to making the service available.

*[Translation]*

Toronto. Cela va faire augmenter de 115 le nombre de patients traités pour insuffisance rénale chronique au stade ultime.

Il a fallu ajouter ce service en plus de la création d'une section satellite d'aide à l'auto-médication résultant d'une initiative antérieure.

Le Comité de coordination sur la néphrologie du grand Toronto se heurte sans arrêt au problème des listes d'attente et de la disponibilité des services. Nous devons nous efforcer de disséminer efficacement ces services dans toutes les zones géographiques où ils sont requis. Il ne s'agit pas d'un problème spécifique à Toronto, mais d'un problème général.

Le deuxième exemple, c'est celui de la chirurgie cardiovasculaire que peuvent offrir les hôpitaux du grand Toronto à des malades venant d'un horizon géographique plus vaste. Le Conseil de la santé du grand Toronto a publié en février 1988 un rapport sur la disponibilité de ces services. C'est cette analyse, ajoutée à d'autres renseignements, qui a incité le ministère de la Santé à prendre la décision d'élargir le service. Cela permettra de diminuer la liste d'attente actuelle de quelque 700 adultes. Il convient de noter qu'on a constaté la nécessité de cette intervention grâce à une étude approfondie de l'organisme de planification local que constitue le Conseil sanitaire de district.

Ce sont donc là deux illustrations d'un vaste problème et de la nécessité d'élaborer des mécanismes de prestation de services rentables et de localiser les services de manière à les rendre accessibles. Mais malgré tous nos efforts de promotion de la santé, de soins à domicile, etc., les soins en institution vont encore demeurer une nécessité pendant des années.

Il y a aussi l'exemple des services aux victimes du cancer, qui constituent un problème encore plus complexe et critique. M. Allan Nackley, ancien sous-ministre de la Santé en Ontario, préside actuellement un comité du grand Toronto chargé d'étudier les conséquences du redéploiement des services pour cancéreux. Il s'agit non seulement de revoir les aspects technologiques, mais aussi la localisation des services. Cet aspect de localisation nous préoccupe à Toronto.

L'insuffisance rénale chronique au stade ultime, la chirurgie cardio-vasculaire et le traitement du cancer représentent une demande inépuisable de services et constituent des dilemmes sur le plan de l'éthique aussi bien que du service.

Quels sont donc les éléments positifs de cette question, et quelles sont les perspectives? Tout d'abord, la technologie évolue sans arrêt, et le coût des services diminue. On peut par exemple, grâce à la lithotritie, éviter l'intervention chirurgicale et l'hospitalisation de longue durée pour l'élimination des calculs. C'est une initiative qui a été prise dans le grand Toronto à la suite d'une décision régionale.



*[Texte]*

Before this there was the establishment of a regional approach for the use of the YAG laser for eye surgery. This also reduces the need for hospital stay and provides access on an agreed-to regional basis.

The concepts of improved access, better technology and regional programming are now being extended into the areas I mentioned earlier, namely, end-stage renal disease, cardiovascular surgery and cancer treatment services. In fact, our council is meeting today with the provincial deputy minister of health and the local district health council to discuss improved methods for incorporating hospital and health care research into regional planning efforts.

On a very practical basis in Metro, we have just implemented what is called a central resource registry. This system will provide a computer link between our 50 hospitals to help identify available beds and programs. This registry concept can eventually be extended to all types of health care resources, not just institutional services.

• 1120

The recent ministry announcement concerning cardiovascular surgery includes the development of an information registry in Metro Toronto that will expand again on our central resource registry system.

The linkage between technology, specialized services, and the ultimate service provision is essential and critical. While time does not allow me to elaborate, I would also like to mention in passing the regional geriatric program in Metropolitan Toronto. It has been recommended that this program include a technology centre as a resource. It is our belief that segregation and technology reduction are not appropriate public policy responses at this time. The continued use of technology and the improvement it can make to existing and future services must be seen as a process of integration with the current health care expenditures.

What can you do to help us with the issue of service availability within the terms of reference of this standing committee? We suggest the following. First, endorse the fact that the improvements in technology, coupled with regional service delivery can improve the efficiency and effectiveness of treating individuals currently in need of care. Second, encourage the development of information networks such as the central resource registry, which will allow the best utilization and geographic placement of services in relation to patient needs. Finally, support the assessment of technology as recommended by the Canadian Hospital Association through, first, a national co-ordinating body for health technology assessment; and second, through the financial incentives for appropriate acquisition and utilization of technology at the institutional level.

*[Traduction]*

Auparavant, il y a aussi eu une décision régionale d'utiliser le laser à YAG pour la chirurgie des yeux. Grâce à cela, on évite aussi des séjours hospitaliers et on offre un service sur le plan régional.

On applique donc les principes d'une amélioration de l'accès, d'une amélioration de la technologie et d'une programmation régionale aux domaines que j'ai mentionnés, à savoir l'insuffisance rénale chronique au stade ultime, la chirurgie cardio-vasculaire et le traitement du cancer. D'ailleurs, notre conseil se réunit aujourd'hui avec le sous-ministre provincial de la Santé et le Conseil sanitaire de district local pour discuter d'une amélioration des méthodes d'incorporation de la recherche hospitalière et médicale dans nos efforts de planification régionale.

Très concrètement, à Toronto, nous venons de mettre en place un répertoire central des ressources. Grâce à ce dispositif, nous allons relier par ordinateur nos 50 hôpitaux et être ainsi informés sur les programmes et sur les lits disponibles. Ce répertoire pourra ultérieurement être élargi à tous les types de soins de santé, et pas simplement aux services hospitaliers.

La récente annonce du ministère au sujet de la chirurgie cardio-vasculaire mentionnait aussi la mise sur pied d'un répertoire d'information pour le grand Toronto qui élargira notre répertoire central des ressources.

Le lien entre la technologie, les services spécialisés et la prestation finale des services est essentiel et critique. Je n'ai pas le temps de développer ce point, mais je voudrais mentionner en passant le programme régional de gériatrie du grand Toronto. On a recommandé d'intégrer à ce programme un centre de technologie. Nous estimons que le fait de séparer ces deux aspects et de diminuer l'aspect technologique est une politique publique maladroite. Le recours accru à la technologie et les progrès qu'elle permet de réaliser doivent au contraire nous inciter à les intégrer aux budgets actuels consacrés à la santé.

En quoi pouvez-vous nous aider à faire progresser la disponibilité des services dans le cadre de votre mandat? Voici quelques suggestions. Premièrement, vous pouvez reconnaître le fait que les améliorations de la technologie, ajoutées à la mise en place d'un service régional, peuvent permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience du traitement des individus qui ont besoin d'une intervention. Deuxièmement, vous pouvez encourager la mise sur pied de réseaux d'information, tels que le registre central de ressources, qui nous permettront d'exploiter et de localiser le mieux possible les services en fonction des besoins des patients. Enfin, vous pouvez approuver l'évaluation des moyens technologiques recommandée par l'Association des hôpitaux du Canada par le biais, tout d'abord, d'un organisme de coordination de l'évaluation de la technologie de la santé et, d'autre part, de stimulants financiers permettant l'acquisition et l'utilisation des technologies pertinentes au niveau des institutions.



## [Text]

In closing, I would like to say that we have appreciated this opportunity to appear before you today. In Metro Toronto we have a very special privilege in having virtually all the health care specialties available. We have referred only to a few and not touched on some of the major others, such as perinatal care and specialized imaging. I would be happy to try to provide any additional information or answer any questions you may have. Thank you.

**Mr. McCrossan:** I have an observation to make. There are two members of the government and two members of the opposition here, and I gather there is a whole series of procedural votes. But even on a substantive vote, I think if we agreed to have an informal pairing, we could give the witnesses the time—

**Ms Coppins:** This is the vote on making Canada's national sport hockey, so I can waive.

**Ms Mitchell:** I must on behalf of all of us apologize for the long delays we have had and the patience of our witnesses. Sitting at the table today is a tremendous amount of expertise and knowledge. It is too bad that we do not have a little more time.

I am going to put my biases on the table to save a bit of time. The two things that we are looking at here are the significance of the cost of new trends in high technology, and the possibility of putting more emphasis in our health system on individual autonomy and community health approaches.

I give you my bias here at the beginning. I would be particularly interested from the training point of view. There are so many areas of expertise that must take a tremendous amount of time, and I am wondering what emphasis is placed on physicians having personal and professional experience in community health on the front lines.

**Dr. McKerracher:** I mentioned the issue of the family physician having to do two years of internship instead of one. This is partly because of the need for them to become better trained in managing their patients in the community.

• 1125

The problem with the two-year internship at the moment is that it is an in-hospital program rather than an out-patient program, although that is changing. But it seems to me this thrust for the additional years to make the community physician better oriented towards managing his patient: I do not know the details, Ms Mitchell.

**Ms Mitchell:** But it is only the community physician who has this; you do not have a generic requirement in the training of all physicians that first of all you look at health and then you look at the treatment of disease. There is such an intensity going towards the highly specialized fields of medicine, and I am just wondering if there is a balance in people's training.

## [Translation]

En conclusion, je vous remercie de nous avoir fourni cette occasion de vous rencontrer. Nous avons dans le grand Toronto le privilège exceptionnel de disposer de pratiquement toutes les spécialités médicales possibles. Nous n'en avons mentionné que quelques-unes, en laissant de côté d'autres grands domaines, comme les soins périnataux et l'imagerie spécialisée. Je suis à votre disposition pour vous fournir des renseignements complémentaires. Merci.

**M. McCrossan:** J'ai une remarque à faire. Nous avons ici deux députés du gouvernement et deux députés de l'opposition, et je crois qu'il y a toute une série de votes de procédure. Mais même pour des votes de fond, je pense que si nous nous entendons pour avoir officiellement des pairs, nous pourrions permettre aux témoins. . .

**Mme Coppins:** C'est le vote visant à faire du hockey le sport national du Canada; donc, je peux laisser passer.

**Mme Mitchell:** Je dois, au nom de nous tous, présenter aux témoins nos excuses pour tous ces retards et les remercier de leur patience. Nous rencontrons aujourd'hui des gens éminemment compétents et érudits, et il est regrettable que nous n'ayons pas un peu plus de temps à leur consacrer.

Pour gagner du temps, je vais tout de suite annoncer la couleur de mon opinion. Les deux choses qui nous préoccupent ici, ce sont l'importance du coût des nouvelles technologies de pointe et la possibilité d'insister plus sur l'autonomie individuelle et la prise en charge de la santé par la collectivité.

J'annonce tout de suite la couleur: je m'intéresse particulièrement à l'aspect formation. Il y a une foule de domaines de spécialisation qui doivent prendre un temps énorme, et je me demande quelle importance on accorde à l'acquisition d'une expérience personnelle et professionnelle par les médecins en première ligne au sein de la collectivité.

**M. McKerracher:** J'ai parlé des deux années d'internat au lieu d'une seule pour les médecins de famille. Cette initiative doit leur permettre de mieux se préparer à traiter leurs patients dans la collectivité.

Le problème de cet internat de deux ans pour l'instant, c'est que c'est un programme d'internat en hôpital et non un programme de consultation externe, encore que cela soit en train de changer. Mais je crois que cet accroissement de la durée de l'internat vise à permettre au médecin de famille de mieux s'adapter à son entourage. Je ne connais pas bien les détails, madame Mitchell.

**Mme Mitchell:** Mais ce sont seulement les médecins qui pratiquent la médecine communautaire qui reçoivent cette formation; on n'exige pas que tous les médecins commencent par se préoccuper de la santé avant de passer au traitement de la maladie. On insiste tellement sur la spécialisation que je me demande si la formation des médecins est vraiment équilibrée.

[Texte]

**Dr. McKerracher:** I think really the system is treatment-oriented rather than prevention-oriented. But certainly changes are taking place. Somebody mentioned ophthalmology. Well, lens implants will be totally outpatient procedures within the next five years. I think everybody will do them without hospitalization at all except for the actual procedure. But that is still therapeutic; it is not preventive.

**Ms Mitchell:** What percentage of physicians would be going into community and family practice?

**Dr. McKerracher:** I think it is about 50:50. I am not sure.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** At one point the majority of our graduates were going into family medicine for at least two or three years. But now there is a reversal of this, and as Dr. McKerracher has said, it is more balanced. I think it is about 50:50.

**Ms Mitchell:** We have heard from other witnesses that 10% of I think it is the national budget, of our health dollar, goes towards the promotion of health and community health kinds of services. So we have a highly institutionalized approach to medicine. We certainly have to have that. I am not suggesting we do not need both. But I am wondering if you have any suggestions on how we could have a different balance, so there is less need and less demand for the institutionalized services. Also, do you have any thoughts particularly on the training and use of para-professionals and the relationship of physicians to para-professionals in communities?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I think there is a natural evolution in this. If you go, for instance, for an appendectomy, you are out practically on the same day. That goes for many small surgical inventions like that. So you have the surgical day departments, where you go in in the morning and you get operated on and you get out immediately. So I think gradually it comes to what you are hoping for.

I cannot remember exactly what the second question was.

**Ms Mitchell:** I think I am looking at it in a more general way: having more of our health emphasis on community health clinics and support services in the community, particularly for elders and for families. It seems to me we could be having a much greater use of para-professionals on the front lines, relieving highly trained physicians perhaps to do the highly skilled, high-tech things required in institutional settings. Yet there is not enough flexibility in health dollars to make that shift. Also, of course, our provinces have not really picked up on the part of the Canada Health Act that allows para-professionals to be included under the medicare system directly.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Yes, I agree with you, in a way. But I think first of all we have to look at the training of those para-medical people. If you are talking about

[Traduction]

**M. McKerracher:** Effectivement, le système est axé sur le traitement plus que sur la prévention, mais les choses évoluent. Quelqu'un a parlé de l'ophtalmologie. D'ici à cinq ans, les greffes de cornée se feront dans le cadre de consultations externes. L'hospitalisation sera limitée à la stricte intervention. Mais il s'agit toujours de thérapie, et non de prévention.

**Mme Mitchell:** Quel est le pourcentage de médecins qui pratiquent la médecine familiale ou communautaire?

**M. McKerracher:** À peu près la moitié, je ne suis pas certain.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** À un moment donné, la majorité de nos diplômés s'orientaient pendant au moins deux ou trois ans vers la médecine familiale. La tendance s'est inversée, et comme l'a dit le docteur McKerracher, les proportions sont à peu près équilibrées actuellement.

**Mme Mitchell:** D'autres témoins nous ont dit que 10 p. 100 seulement du budget national de la santé étaient consacrés à la promotion de la santé et des services de type communautaire. Autrement dit, notre médecine est axée sur les institutions hospitalières. Je n'en conteste pas la nécessité. Je ne dis pas que nous n'avons pas besoin des deux. Mais je me demande si vous ne pensez pas qu'on pourrait réaliser un meilleur équilibre, de façon à diminuer la demande de services en institutions hospitalières. Et d'autre part, avez-vous des idées sur la question de la formation et de l'utilisation des paraprofessionnels, ainsi que des rapports entre les médecins et le personnel paramédical dans la collectivité?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Je crois que les choses évoluent naturellement sur ce plan. Si vous devez par exemple vous faire opérer de l'appendicite, vous sortez pratiquement le même jour. C'est le cas pour toutes sortes d'autres petites interventions chirurgicales. Vous entrez dans un service de chirurgie, où vous êtes opéré et dont vous sortez immédiatement. Donc, progressivement, nous en arrivons à ce que vous souhaitez.

Je ne me souviens plus de votre deuxième question.

**Mme Mitchell:** Je vois les choses d'une manière plus générale: je voudrais qu'on insiste plus sur les cliniques de santé communautaire et les services de soutien dans la collectivité, en particulier pour les personnes âgées et les familles. Je crois qu'on pourrait faire beaucoup plus appel aux paraprofessionnels en première ligne, ce qui permettrait aux médecins hautement spécialisés d'avoir plus de temps à consacrer à des interventions beaucoup plus spécialisées dans un cadre institutionnel. Mais le budget de la santé n'est pas suffisamment souple pour cela. De plus, les provinces n'ont pas vraiment exploité les aspects de la Loi canadienne sur la santé qui leur permettent d'inclure les paraprofessionnels directement dans le régime d'assurance-maladie.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Je suis d'accord d'une certaine façon, mais je crois qu'il faut d'abord se pencher sur la formation de ce personnel paramédical. Prenez par



[Text]

acupuncturists or other para-medical people who started by being part of the health team, they gradually are getting to practise on their own.

• 1130

I think that also their training varies from one individual to the other. They do not have, as we have in medicine, a standardized accreditation process. Even the nurses do not have that as yet; they are just starting to have an accreditation of their nursing schools.

As long as we cannot determine whether this chiropractor was well-trained and this one had practically no training, there are no standards established, at least in the province I am from, which is Quebec. They are trying all sorts of methods, as you know. The acupuncture people, for instance, are examined by the College of Physicians, *la Corporation*—which is a little strange, if you wish, but they are trying to establish certain standards and trying to make sure that those who are medical people adhere to those standards.

**Ms Mitchell:** So one thing we should be recommending is more accreditation of para-professionals, which is of course provincial jurisdiction, is it not?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Yes, very definitely.

**Ms Mitchell:** At the other end of the scale—and this is always a very hard thing to consider because it is such an emotional issue—I wonder what your views are on the whole question of dying. Somebody said that most of our health costs are in the last 90 days of a person; that is a very high incidence of health costs. It is very hard to say this, because I know that if I was in a situation with my own family then I would want every possible thing, regardless of how little chance there was to give that person an extended life; yet I wondered what the trends are in the medical profession or what the role and the ethics of the physician are.

I know that I am not phrasing this very well, but it is how to help families and patients let go. I understand of course, again from a financial point of view, the tremendous expense at that end of the medical system. I have not phrased that very well, but perhaps you would respond in some way.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** That is a very real problem. As you probably know, the field of bio-ethics is just emerging now and we have very few experts in that field. They are trying to determine certain standards regarding dying and the right to die, as I say, with dignity and so on.

But I must say that the physicians in the hospitals usually are not very responsive to this. They want to keep their patients and they consider it as a personal defeat when a patient dies. I think all of us have had the experience of a patient dying and fighting with the medical profession and the nurses and so on in a hospital setting that they do all sorts of heroic measures to keep him alive where there is no hope to save him.

[Translation]

exemple les acupuncteurs ou autres, qui ont débuté comme éléments de l'équipe de santé; ils commencent maintenant à s'installer à leur compte.

Leur formation varie aussi d'un individu à l'autre. Ils n'ont pas, comme nous, en médecine, de procédure normalisée d'accréditation. Il n'y en a même pas pour les infirmières et infirmiers, qui commencent seulement à mettre en place cette procédure dans leurs écoles.

Il n'y a toujours pas de normes—en tout cas dans ma province, le Québec—permettant de déterminer si un chiropraticien a été correctement formé. Comme vous le savez, on essaie toutes sortes de méthodes. Les acupuncteurs, par exemple, sont examinés par le Collège des médecins, la Corporation—ce qui est peut-être un peu curieux, mais on essaie d'établir des normes et de faire respecter ces normes par tout le personnel médical.

**Mme Mitchell:** Il faudrait donc recommander d'élargir l'accréditation du personnel paramédical, ce qui relève bien sûr de la compétence provinciale, non?

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Oui, absolument.

**Mme Mitchell:** Tout à l'opposé—et c'est toujours un sujet très délicat en raison de ses profondes résonances affectives—j'aimerais savoir ce que vous pensez de toute la question de la mort. Quelqu'un a dit que l'essentiel des frais de santé étaient engagés au cours des 90 derniers jours d'existence d'un individu; c'est un pourcentage très lourd. J'hésite beaucoup à dire ceci, car je sais que s'il s'agissait de quelqu'un de ma famille, je voudrais tenter l'impossible, si faibles que soient les chances de prolonger l'existence de cette personne; mais pourtant, je me demande quelles sont les tendances actuelles au sein de la profession médicale et quels sont le rôle et l'éthique du médecin sur ce plan.

Je sais que je ne m'exprime pas très bien, mais il s'agit de faciliter un peu les choses pour les familles et les patients. Évidemment, toujours du point de vue financier, je me rends compte des coûts énormes dont il est question. Je ne me suis pas bien exprimée, mais vous pouvez peut-être me répondre.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** C'est un problème très réel. Comme vous le savez sans doute, la bioéthique en est encore à ses balbutiements, et nous n'avons que très peu d'experts dans ce domaine. Ils essaient d'élaborer des normes en ce qui concerne la mort et le droit à la mort dans la dignité, etc.

Je dois dire que les médecins ne sont guère ouverts à cette tendance en milieu hospitalier. Ils veulent conserver leurs patients, et chaque fois que l'un d'entre eux meurt, ils estiment avoir subi une défaite personnelle. Nous avons tous eu l'expérience de malades qui agonisaient et de la lutte héroïque des médecins et des infirmiers, etc., à l'hôpital, pour essayer de maintenir en vie quelqu'un, alors que c'était sans espoir.



[Texte]

But I think that gradually, with some appropriate teaching and all this, with the emergence of bio-ethics, things will change; but it is not exactly for tomorrow. But you are certainly right that there should be some—

**Ms Mitchell:** There is a lot of emotional pressure from families, I am sure.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Yes, but very often the family says to let it go, because if the person has a terminal cancer and all this and the patient has a cardiac arrest. . . But very few doctors are willing to put on the chart “no heroic measures” in the event of a cardiac arrest or something of that nature. They have not been trained for that as yet, and they have to be exposed and probably trained a little better in that respect.

**Ms Coppins:** I would certainly like to apologize for keeping you waiting all this time. I am just sorry that as a priority we launched this study and yet we cannot seem to get too many people interested in coming. The reason I said what I said when I came in was because we had originally asked for the committee to look at the issue of child poverty in a more direct way and my concern was that many of the issues we are touching on are in provincial jurisdiction and we are going to be making recommendations that we may not be able to implement.

I would like to go back for a moment to a comment made by Dr. McKerracher vis-à-vis the issue of ultrasound. You said that ultrasound should be performed in a hospital, and I wondered why you believe that.

• 1135

**Dr. McKerracher:** No, I said that the Province of Manitoba has chosen to develop that policy; that is a provincial policy. I just said that I did not quarrel with that if that is their decision.

**Ms Coppins:** Right. Well I wondered why. We have been talking about waiting lists and the need for integration in technology, and I agree absolutely, but it seems to me one thing is missing from the equation. To step back one step, what mechanisms are there in place for the teaching hospitals, for example, to assess and evaluate the validity of procedures that are commonplace, ultrasound being one of them? Is the explosion in ultrasound resulting in a quantifiable increase in well babies?

**Dr. McKerracher:** I just do not know the answer. I just know that obstetricians now have to do ultrasound partly because that is the accepted standard; whether it is right or not, that is the standard now. One has to do it, I understand, in a large percentage of deliveries now.

**Ms Coppins:** I think that is my point. Ultrasound should not necessarily be a fact of every pregnancy. Maybe we should be looking at how we are using technology. If we are going to be limited, do we have any mechanism in place to assess whether that technology is actually rendering a better health system.

[Traduction]

Je pense toutefois que progressivement, avec une bonne formation, avec l'apparition de la bioéthique, les choses vont évoluer, mais ce n'est pas pour demain. Vous avez cependant tout à fait raison de dire qu'il faudrait. . .

**Mme Mitchell:** Je suis certaine qu'il y a énormément de pression d'ordre affectif de la part des familles.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Oui, mais très souvent, la famille voudrait qu'on mette fin aux souffrances de la personne qui en est au stade final de son cancer, etc., si elle a un arrêt du coeur. . . Mais rares sont les médecins qui sont prêts à ne pas tout mettre en oeuvre pour essayer de réanimer la personne qui est victime d'un arrêt cardiaque ou autre. Ils n'ont pas été formés à cela, et il faudrait sans doute mieux les préparer à cet égard.

**Mme Coppins:** Je tiens à vous présenter nos excuses pour vous avoir fait attendre si longtemps. Je regrette que nous ayons lancé en priorité cette étude et que nous ne puissions pas y intéresser beaucoup de gens. Si j'ai dit ce que j'ai dit en arrivant, c'est parce que nous avions au départ demandé au Comité de se pencher sur la question de l'enfance pauvre de façon plus directe et qu'à mon avis, nous nous préoccupons de beaucoup de questions qui relèvent de la compétence provinciale et que nous risquons donc de formuler des recommandations que nous ne pourrions pas faire appliquer.

J'aimerais revenir rapidement sur une remarque du docteur McKerracher à propos de la question des ultrasons. Vous dites qu'il faudrait les pratiquer en milieu hospitalier, et je voudrais savoir pourquoi.

**M. McKerracher:** Non, j'ai dit que c'était le Manitoba qui avait décidé d'adopter cette politique, et que c'est une politique provinciale. J'ai dit que je n'avais pas d'objection à cela si c'était leur décision.

**Mme Coppins:** Bon. Je me demandais. Nous avons parlé de listes d'attente et de la nécessité d'une intégration de la technologie, et je suis tout à fait d'accord, mais je crois qu'on oublie une chose. Pour revenir un peu en arrière, quels sont les mécanismes permettant aux hôpitaux d'enseignement, par exemple, d'évaluer la validité des procédures les plus courantes, notamment les échographies? Est-ce que l'explosion des échographies s'est traduite par une augmentation quantifiable du nombre de bébés en bonne santé?

**M. McKerracher:** Je ne sais pas. Je sais simplement que les obstétriciens doivent le faire parce que cela fait partie des normes acceptées, que ce soit une bonne chose ou non. Je crois qu'on doit le faire dans un pourcentage important des cas de grossesse.

**Mme Coppins:** C'est ce que je veux dire. Cela ne devrait pas être obligatoire pour toutes les grossesses. Nous devrions peut-être revoir la façon d'utiliser cette technologie de l'échographie. Si nous devons nous limiter, avons-nous un moyen de déterminer si cette technologie fait effectivement progresser la santé?

## [Text]

I went to an obstetrician when I had my baby. She said, do you want an ultrasound? Well, I am not the doctor. I did not need an ultrasound. I had a totally healthy pregnancy and yet off I went for an ultrasound—because everybody does it. Well it is ridiculous. Nobody sort of says, let us do an assessment of ultrasounds—why we are having all these ultrasounds, or why these are hospital procedures. It is basically nothing more than sort of a sophisticated X-ray, done by a technician. It does not have to be done in a hospital, does it?

**Dr. McKerracher:** No, it does not have to be done in a hospital at all.

**Ms Copps:** That is why I am trying to move one step back and look at where we are going. It is fine to say that we should be expanding in the area of bringing in all these high-technology instruments, but at the same time I do not think we are assessing the value we are getting from the instruments that are currently available.

**Dr. McKerracher:** I think the problem with technology is that, as it comes in, people get used to it, but people do not really know where its values are. The problem with ultrasound is that you do not know which patient needs it. You just do not know. I think at least sometimes it is used when there is no alternative to using it, but the trouble is that people have to learn that. Physicians are the same as anybody else; it takes time for them to learn how to use it.

I think the gynaecologists and the obstetricians who use it and who specialize in it, do it very well. I think radiologists who, if they are asked should you do it or not, do it well because they really understand it. But the user physician, the family physician or the specialist, really just wants information. Medicine goes that way. A lot of people ask for specific tests. You find, too, at the other end, when you bring in new things and old tests should vanish, that it takes a little while for people to give up a test they have used for 10 or 20 years. That is a people problem.

**Ms Copps:** I saw a study in the province of Ontario that 80% of the tests that are routinely ordered by physicians are never even looked at.

**Dr. McKerracher:** Oh, I think that is an exaggeration.

**Ms Copps:** I do not have the study. It is a five-year-old study. Maybe this should be getting back to the curriculum issue. Is there integrated into the medical school curriculum now a discussion of these kinds of issues, and not only intervention-oriented medical service delivery but also nutrition, diet, wellness?

**Dr. McKerracher:** I think in terms of testing. The traditional time is July 1 for new interns and new residents to come into the system. I am sure every

## [Translation]

Quand j'étais enceinte, je suis allée voir une spécialiste en obstétrique, qui m'a demandé si je voulais avoir une échographie. Je ne suis pas médecin. Je n'en avais pas besoin. Je me portais parfaitement, et pourtant, j'ai eu cette échographie, comme tout le monde. C'est absurde. Personne ne se demande si, vraiment, ces échographies servent à quelque chose, pourquoi on les pratique et pourquoi elles font partie de la procédure normale des hôpitaux. En fait, ce n'est ni plus ni moins qu'une sorte de radiographie pratiquée par un technicien. Il n'est pas nécessaire que cela se fasse dans un hôpital, si?

**M. McKerracher:** Non, pas du tout.

**Mme Copps:** C'est pour cela que j'essaie de prendre un peu de recul. Il est bien gentil de dire qu'il faudrait progresser dans l'intégration de tous ces instruments de pointe, mais en même temps, j'ai l'impression que nous ne cherchons pas vraiment à déterminer la valeur des instruments dont nous disposons actuellement.

**M. McKerracher:** Le problème de la technologie, c'est que les gens s'y habituent progressivement, mais qu'ils n'en connaissent pas la véritable valeur. Le problème de l'échographie, c'est qu'on ne peut pas savoir quelles sont les femmes qui en ont besoin. On ne le sait pas. Dans certains cas, on n'a pas le choix, mais il faut que les gens le sachent. Les médecins sont comme les autres: il leur faut un certain temps pour apprendre à se servir d'un instrument.

Je crois que les obstétriciens et les gynécologues spécialisés savent très bien ce qu'ils font. Je crois que les radiologues auxquels on pose la question le font bien parce qu'ils comprennent bien de quoi il s'agit. Mais le médecin de famille ou le spécialiste manque d'information. Ainsi va la médecine. Beaucoup de gens demandent des tests bien précis. On s'aperçoit aussi, à l'autre extrémité, que quand il faut remplacer d'anciennes procédures par de nouvelles, il faut un certain temps pour que les gens se décident à renoncer à un test qu'ils pratiquaient depuis dix ou vingt ans. C'est un problème d'individu.

**Mme Copps:** J'ai lu dans une étude réalisée en Ontario que dans 80 p. 100 des cas de tests de routine réclamés par des médecins, on ne prenait même pas la peine de regarder les résultats.

**M. McKerracher:** Je crois que c'est exagéré.

**Mme Copps:** Je n'ai pas cette étude ici. Elle date d'il y a cinq ans. Il faudrait peut-être en fait en revenir à la question des programmes. Est-il question, dans les programmes des facultés de médecine, de ce genre de choses, c'est-à-dire pas seulement d'une médecine interventionniste, mais aussi de nutrition, d'alimentation, de santé en général?

**M. McKerracher:** Je pense aux examens. Traditionnellement, c'est le 1<sup>er</sup> juillet que les nouveaux internes et les nouveaux titulaires arrivent. Je suis sûr



[Texte]

teaching hospital experiences a peak in the use of lab tests, for example, because the new kids coming in are insecure and so on, and they order this and they order that. It takes two months for the staff to persuade them not to order certain things, and that kind of teaching goes on. Staff, by and large, have to persuade the young graduate not to use everything in the armamentarium. They are told to be selective and to use their clinical skills and so on. That is a very personal teaching problem.

**Ms Copps:** But is it also not a function of the curriculum at the teaching hospitals? My sister is a graduate of McMaster, and McMaster came out originally as sort of an idea for family physicians—

**Dr. McKerracher:** That is right.

**Ms Copps:** —and even in that mode, they are integrating into what I would call the traditional medical model, moving away from the focus on family physicians. If you look at the numbers, everybody is moving towards the specialties—I think one of the briefs said—and then it is the subspecialties. The more you use technological instruments, the more you—there is an interdependence there.

**Dr. McKerracher:** I do not know how you stop that trend and I do not—

**Ms Copps:** I think part of it has to do with the curriculum of medical school. Caesarean—

**The Chairman:** I think Dr. Vaillancourt wants to speak about that subject.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I think one factor for the excessive use of high technology, as you call it, is that physicians want to protect themselves against litigation. I think that is a big thing. If we could solve that problem... I think one province at least has decided to look into this. That is why you do not have as much obstetrics among family physicians as you should, because they are afraid of litigation. They are vulnerable as well as the orthopaedic surgeons, as well as the neurosurgeons and so on, and their liability insurance is way, way up.

Now, as far as the curriculum is concerned, I am sure that you realize that every school has different ways—you are talking about McMaster, and Calgary has the same thing—a different curriculum. All these schools in general, and the accreditation people see to this, tend to go away from the standard lectures in classroom and all this. More and more is done in seminar fashion, in tutorial ways and so on. If you talk about the curriculum, the curriculum is a set of chapters they have to cover and all this, but we are getting away from that.

It depends largely, as Dr. McKerracher stated, on the tutor involved or the senior physician in charge of a group of students to tell them about geriatrics, about dying, as Ms Mitchell mentioned. They take advantage of a patient to elaborate on those particular questions. But it

[Traduction]

qu'à ce moment-là, il y a une période de pointe des tests effectués en laboratoire par exemple, parce que les nouveaux qui arrivent ne sont pas trop sûrs d'eux, etc., et qu'ils ordonnent toutes sortes de tests. Il faut deux mois pour les dissuader de le faire, et c'est un apprentissage qui se poursuit. Dans l'ensemble, le personnel doit apprendre à ces jeunes diplômés à ne pas utiliser toute la panoplie des tests disponibles. On leur apprend à être sélectifs et à se servir de leur compétence clinique, etc. C'est vraiment un problème d'apprentissage personnel.

**Mme Copps:** Mais est-ce que ce n'est pas lié aussi au programme d'enseignement? Ma soeur est diplômée de McMaster, et McMaster est le résultat d'un projet de médecine familiale... .

**M. McKerracher:** C'est vrai.

**Mme Copps:** ... et malgré tout, les diplômés s'intègrent à ce que j'appellerais le modèle médical traditionnel, et s'écartent de cette notion de médecine familiale. Prenez les chiffres, vous verrez que tout le monde s'oriente vers une spécialisation, et je crois que cela a été dit dans un des mémoires, et ensuite vers des sous-spécialisations. Plus on fait appel à des technologies, plus il y a une interdépendance.

**M. McKerracher:** Je ne vois pas comment on pourrait freiner cette tendance... .

**Mme Copps:** Je crois que c'est dû en partie au programme scolaire. Les césariennes... .

**Le président:** Je crois que le Dr Vaillancourt a quelque chose à dire.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Il me semble que ce recours massif à la technologie s'explique en partie par le fait que le médecin veut se protéger contre toutes les poursuites possibles. C'est un gros problème. Si on pouvait le résoudre... Je crois qu'une province a décidé d'approfondir la question. C'est pour cela qu'il n'y a pas tellement d'obstétriciens parmi les médecins de famille, parce qu'ils ont peur des poursuites. Ils sont vulnérables au même titre que les orthopédistes, les neurochirurgiens, etc., et le coût de leur assurance-responsabilité grimpe en flèche.

Pour ce qui est des programmes d'études, vous savez certainement que chaque faculté est différente; vous parlez de McMaster, et c'est la même chose pour Calgary. Dans l'ensemble, ces facultés, comme le constatent les responsables de l'accréditation, s'écartent du modèle normalisé de cours en salle de classe. Elles pratiquent de plus en plus les séminaires, les travaux dirigés, etc. Le programme, c'est un ensemble de chapitres à couvrir, mais les facultés s'écartent de cela.

Comme l'a dit le Dr McKerracher, les choses dépendent beaucoup du chargé de cours ou du médecin principal responsable d'un groupe d'étudiants, qui va leur parler de gériatrie, ou de mort, comme le disait M<sup>me</sup> Mitchell. Ils développent ces sujets à partir d'un patient.



**[Text]**

is very hard to say that in the curriculum, which is a rather fixed, standard thing, we are talking about this and that.

We are always asked how many hours are devoted to teaching about the care of the elderly, for instance. Well, we cannot say. If we have an older patient in a ward and so on, we will take advantage of that patient to elaborate on this.

**Ms Coppins:** Yes, but you would not think of sending somebody in to perform an operation if he had not had a curriculum examination of surgery.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** No, no.

**Ms Coppins:** We have the highest rate of institutionalization of the elderly in the world. If we are going to focus on, for example, gerontology as a coming profession, it should be an integrated part of the curriculum, not just sort of anecdotally on the ward; well, I will deal with an older person.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I am sure that as far as geriatrics is concerned, it is taught formally, but I think that most of the teaching regarding this is done when they are dealing with another patient.

**Ms Coppins:** Even though you are representing the Canadian medical colleges, the curriculum is established on a university or a hospital medical school basis, and the standards are established province-wide. Is that how it operates?

• 1145

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** They have to conform to certain standards, and that is why you have the accreditation. When the accreditation group goes into a school, they do not say they have to teach so many hours of pediatrics, so many hours of surgery, and all this. They look at what is being done not only throughout Canada, but also throughout North America, because as I indicated earlier these accreditation surveys are done jointly with the experts from the United States.

You were talking about McMaster. They have a three-year course as you know. They were short a few weeks, because the accreditation people say a medical education should take so many weeks. It is arbitrary, if you will, and McMaster was short two or three weeks. I am sure they corrected that since.

They take the average, you know. They see the school gives 50 hours of surgery, but as a whole people have 100 hours of teaching in surgery, and ask how could they manage on all this. From there they see the results and the national examinations both in Canada and the United States, and they make a recommendation to the school or they simply refuse to accredit the school, which has never happened in Canada, incidentally.

**[Translation]**

Mais il est difficile de dire que dans le programme, qui est quelque chose de rigide, on aborde telle ou telle chose.

Par exemple, on nous demande toujours combien d'heures sont consacrées à l'enseignement des soins aux personnes âgées. C'est impossible à dire. Si nous avons un vieillard dans un service, nous en profitons pour développer le sujet.

**Mme Coppins:** Oui, mais il ne vous viendrait pas à l'esprit de faire effectuer une opération par quelqu'un qui n'aurait pas suivi des cours de chirurgie.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Non, non.

**Mme Coppins:** Nous avons le taux d'hospitalisation des vieillards le plus élevé du monde. Si nous nous concentrons sur la progression de la spécialisation en gériatrie, il faut que cela fasse partie intégrante du programme, et non que ce soit un simple enseignement anecdotique en salle de soins, sous prétexte qu'il y a là une personne âgée.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Il est certain que la gériatrie est enseignée officiellement, mais que l'essentiel de cet enseignement se pratique à l'occasion de la visite d'un patient.

**Mme Coppins:** Bien que vous représentiez les collègues médicaux du Canada, le programme est déterminé au niveau de l'université ou de l'hôpital d'enseignement, et les normes s'appliquent au niveau de la province. C'est comme cela que fonctionnent les choses?

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Il y a des normes à respecter, et c'est pour cela qu'on a l'accréditation. Quand le groupe d'accréditation se rend dans une école, il ne dit pas qu'il faut tant d'heures d'enseignement de la pédiatrie, tant d'heures de chirurgie, etc. Il s'occupe de ce qui se fait non seulement dans tout le Canada, mais dans toute l'Amérique du Nord, car, comme je l'ai déjà dit, ces enquêtes d'accréditation se pratiquent avec des experts américains.

Vous avez parlé de McMaster. Comme vous le savez, l'enseignement s'y fait sur trois ans. Il leur a manqué quelques semaines parce que les responsables de l'accréditation ont dit que l'enseignement médical devait être échelonné sur tant de semaines. C'est arbitraire, si vous voulez, et il manquait deux ou trois semaines à McMaster. Je suis sûr que la situation a été rectifiée depuis.

Vous savez, ils prennent la moyenne. Ils voient que la faculté dispense 50 heures d'enseignement de la chirurgie, et que dans l'ensemble, on y consacre 100 heures, et ils se demandent comment cette faculté, en particulier, peut s'en sortir. Ils étudient les résultats des examens nationaux au Canada et aux États-Unis, et ils adressent une recommandation à la faculté, ou ils refusent tout simplement de lui donner son accréditation, ce qui, soit dit en passant, ne s'est encore jamais produit au Canada.

[Texte]

**Ms Copps:** Are you involved at all in the establishment of what constitutes a category one, and a category two?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** That is the government.

**Ms Copps:** In Ontario?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** In Ontario, yes.

**The Chairman:** Perhaps Mrs. Mills would like to say something on this. We are not giving her a chance here.

**Mrs. Mills:** Thank you, Mr. Chairman. Actually I wanted to refer a few of the questions that had been asked in relation to the use of high technology. There are certainly measures to evaluate its use. There are peer-review committees in hospitals. As you are aware it is very expensive to operate the equipment that does the tests, and the directors of those departments are bound to certain budgets, so there is certainly a set guideline as to its use, and they are monitoring the use.

Regarding another management factor that is coming into play, you might have read about some of the program management at Sunnybrook Hospital, for instance. It is on the Johns Hopkins model, which has been in place for about 15 years, as Finlay mentioned in his notes.

There the physicians are actually responsible for the management of their global funds to their individual clinical teaching units or programs, so they will be looking at operating costs, and certainly if tests are being ordered and are not necessary that is going to increase their operating cost and they have to manage, so there are some of these systems in place.

**Ms Copps:** I have seen when somebody goes into medical school and comes out of medical school the approach taken towards health promotion and health care has radically changed. It becomes very much more intervention in the medical model, which deals with the point that Dr. Vaillancourt made about, you know, doctors not wanting to let people die. If you let somebody die that is a failure in the medical model.

**Mrs. Mills:** I do not like to speak for the deans. I know I have heard various presentations and they are asking for more time in community health, more time in geriatrics, more time in fact to teach them to be managers, to be aware of costs, of the implications of the tests they are ordering.

The deans are feeling very pulled in that they have already a very full curriculum. How you introduce the additional areas? As you are well aware in Ottawa with your assessment unit at the Civic they are certainly looking at teaching geriatrics. They are having far more interest in geriatrics than assessing them and then allowing them to go back into the community with a program that can keep them in the community.

**Ms Copps:** I guess one last question, Mr. Chairman, because I am not sure. In one of your briefs I think you were basically referring to patients who were virtually

[Traduction]

**Mme Copps:** Participez-vous à la détermination de ce qui appartient à la catégorie un ou à la catégorie deux?

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Non, c'est le gouvernement.

**Mme Copps:** En Ontario?

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Oui.

**Le président:** M<sup>me</sup> Mills voudrait peut-être intervenir. Nous ne lui laissons pas la parole.

**Mme Mills:** Merci, monsieur le président. Je voulais répondre à quelques-unes des questions qui ont été posées à propos de la technologie de pointe. Il y a incontestablement des procédés d'évaluation. Il y a des comités de pairs dans les hôpitaux. Comme vous le savez, le matériel nécessaire pour pratiquer les tests est très coûteux, et les directeurs des services hospitaliers sont limités par leurs budgets; donc, il y a des lignes directrices en matière d'utilisation, et on contrôle cette utilisation.

À propos d'un autre facteur de gestion qui intervient, vous avez peut-être entendu parler de la gestion du programme de l'hôpital de Sunnybrook, par exemple. C'est sur le modèle de John Hopkins, qui existe depuis une quinzaine d'années, comme l'a dit Finlay dans ses notes.

Les médecins sont, en fait, responsables de la gestion de leur budget global au niveau des sections ou des programmes d'enseignement; donc, ils se préoccupent des frais de fonctionnement, et ils savent très bien que si l'on réclame des tests superflus, leurs frais vont augmenter. Comme ils gèrent leur budget, ils ont des procédures de contrôle.

**Mme Copps:** Les gens qui finissent leurs études de médecine n'ont plus du tout la même attitude en matière de soins et de promotion de la santé qu'à leur arrivée. Ils s'intéressent beaucoup plus à l'intervention médicale, et c'est ce que disait le Dr Vaillancourt à propos des médecins qui refusent de laisser mourir leurs patients. Dans le modèle médical, laisser mourir un patient, c'est un aveu d'échec.

**Mme Mills:** Je ne veux pas me mettre à la place des doyens. Je sais que dans diverses interventions, on a demandé que l'on consacre plus de temps dans l'enseignement à la santé communautaire, à la gériatrie, à la gestion, à la notion de coût, et aux implications des tests ordonnés.

Les doyens ont l'impression d'être écrasés par des programmes déjà très lourds. Comment élargir encore ces programmes? Vous savez très bien qu'à Ottawa, à l'Hôpital Civic, on s'occupe de l'enseignement de la gériatrie. On s'intéresse beaucoup plus à la gériatrie qu'à une évaluation qui permettrait de renvoyer les gens dans la collectivité, avec un programme leur permettant d'y rester.

**Mme Copps:** Une dernière question, monsieur le président, car je ne suis pas trop sûre. Dans un de vos mémoires, vous parlez de malades qui agonisent à la suite



[Text]

reaching the end of their days in cancer and renal treatment. I do not know exactly the terminology you used.

**Dr. McKerracher:** End-stage renal treatment.

**Ms Copp:** Yes, end-stage renal treatment, and cancer treatment as being the problem. Why would you even want the end-stage cancer patient to be in a hospital?

• 1150

**Mrs. Mills:** Again, there are hospices in place for end-stage care, as you are aware. They have those units. I think it was alluded to but more hospitals now are having ethics committees that can deal with these very complex issues so they can have the guidelines in place. Then the staff, the physicians, the patients and families are protected.

**Ms Copp:** The hospices, as you know, because of the funding mechanisms that essentially are cost-sharing of institutional care, and we were asked yesterday. . . It was suggested by one of the groups that appeared before us that we direct funds to provinces conditional upon their applying a certain percentage to community-based care. Suppose we say in the province of Ontario, if 25% of the budget is directed to community-based care, we will continue to fund it. This would be a revolution in the approach. At the moment, with the emphasis on institutional care and not on community-based care, when provinces have to cut, they tend to cut in the service delivery.

I can recall in the city of Toronto a few years ago, they cut back on home nursing and they cut back on hospices. Also from a political perspective the public, I think Ms Mitchell made reference to the fact. . . If my husband or child is dying, I want them into hospital and I want them there today. There is a political pressure there. Also it seems that you have one group that is fighting for a greater access to community-based. . . and another group that is focusing on the hospitals. How do you bridge the two? Maybe you should be saying that end-stage cancer patients should not be in hospitals.

**Dr. McKerracher:** End-stage renal disease, for example, means you need dialysis. The problem with dialysis over the last 10 or 20 years is that the maximum age you would do it was 50 or 60. Now, it is 80; 80-year-olds are being dialysed. Whether that is right or wrong, I do not know, but it adds to the load.

It is the same with cancer patients. Often they need management of some sort and they need at least a hospice because of pain control and so on. They may also need

[Translation]

d'un cancer ou d'une maladie rénale. Je ne me souviens plus exactement des mots que vous utilisez.

**M. McKerracher:** Le traitement en phase terminale des maladies rénales chroniques.

**Mme Copp:** C'est cela, et aussi le traitement du cancer. À quoi bon garder à l'hôpital le patient qui agonise?

**Mme Mills:** Il y a bien des centres hospitaliers, comme vous le savez, pour ceux qui en sont au stade terminal. On a fait allusion, je crois, au fait que de plus en plus d'hôpitaux se dotent de comités d'éthique qui peuvent étudier cette question fort complexe afin de pouvoir établir des lignes directrices. Cela permet de protéger le personnel, les médecins, les malades et leurs familles.

**Mme Copp:** Ces centres hospitaliers, comme vous le savez, vu les mécanismes de financement qui comportent essentiellement le partage des frais des soins institutionnels, et l'on nous a demandé hier. . . L'un des groupes qui ont déjà comparu a proposé que l'on octroie des fonds aux provinces, à condition qu'un certain pourcentage de ces fonds soit affecté aux soins communautaires. Prenons le cas de l'Ontario. On pourrait dire que, si cette province attribuait le quart de son budget aux soins communautaires, elle continuerait à recevoir nos fonds. Ce serait une approche révolutionnaire. À l'heure actuelle, où l'on accorde plus d'importance aux soins institutionnels qu'aux soins communautaires, lorsque les provinces doivent réduire leur budget, elles ont tendance à fournir moins de services.

Je me souviens qu'à Toronto, il y a quelques années, on a diminué les fonds affectés aux soins infirmiers à domicile et aux centres hospitaliers. En outre, sur le plan politique, le grand public—je crois que c'est Mme Mitchell qui a fait allusion à cela. . . Si mon mari ou mon enfant se meurt, je veux qu'il soit hospitalisé sans délai. C'est un domaine où s'exercent des pressions politiques. De plus, il semble qu'il y ait un groupe qui milite en faveur d'un plus grand accès aux services communautaires. . . tandis qu'un autre groupe milite en faveur des hôpitaux. Comment concilier ces deux points de vue? Il faudrait peut-être dire que les malades qui en sont au stade terminal du cancer ne devraient pas être dans des hôpitaux.

**M. McKerracher:** Une affection rénale parvenue à un stade terminal, par exemple, nécessite la dialyse. L'ennui avec la dialyse, au cours des 10 ou 20 dernières années, c'est qu'un âge maximal était prévu pour ce traitement, soit 50 ou 60 ans. De nos jours, c'est 80 ans; des malades de 80 ans sont dialysés, à tort ou à raison, je l'ignore, mais cela entraîne un surcroît de travail.

Il en est de même des cancéreux. Ils doivent souvent être dans un centre administré; il leur faut à tout le moins un centre hospitalier où l'on atténue leur douleur, entre



[Texte]

more than that for pain relief. They may need cobalt and so on. Chemotherapy may not cure but it palliates or alleviates. So there is a need for some of that.

I think a fair number of patients do die at home. The patients who choose to do so do. A lot of people do not choose that way, or families do not.

The other dilemma is that the acute-care system is there. I am not advocating it or supporting it but it is there and it is serving a population. It is not able to serve everybody who wants the services now. There are waiting lists and so on.

The objectives of health prevention and health promotion are the way of the future and we have to develop things like that. I think a classic is that with stopping smoking and with jogging and running and all that stuff, heart disease is decreasing noticeably. The truth is that the impact of that will take another ten years to be visible in the acute-care system. To fund it, you have to put money on top of it or you have to restrict the acute-care system.

If people are going to do that, then it is very difficult because the decision not to treat is a very difficult one to make. I do not believe that anybody wants to make it; the physician does not want to make it, politicians do not want to make it, civil servants do not want to make it, and individuals do not want to make it. It is very difficult.

**Ms Copps:** I think you can walk into the Sick Children's Hospital and look on the charts in the neonatal and you will have a DNR on many charts. It is being made every day. I think we would like the public to think that it is not being done but a "do not resuscitate" is not uncommon.

**Dr. McKerracher:** It is not made on so many people of 60 and 70, though, because it is harder to talk to the patient and say we do not think we should resuscitate because the case. . . There is no merit in doing that. Some physicians will do it. Some just feel very unwilling to do that because—

**Ms Copps:** I am sorry, Dr. Halliday, but Dr. Vaillancourt mentioned about the people being resuscitated who had cardiac arrest when they were cancer patients, and the family may not necessarily want them to be resuscitated, but there is a feeling among physicians that because of your education, because of your training, you do everything humanly possible to save your patient. Saving your patient could even include bringing them back from cardiac arrest when they are dying of cancer.

• 1155

**Dr. McKerracher:** I have known cancer specialists who say: I spend my time with the patient trying to give them

[Traduction]

autres choses. Peut-être leur faut-il d'autres traitements pour calmer leur douleur, comme le cobalt par exemple. La chimiothérapie ne guérit pas, mais elle peut atténuer ou calmer la douleur. Aussi faut-il des centres de traitement à cette fin.

Je pense qu'un bon nombre de patients meurent chez eux. S'ils le souhaitent, on le leur accorde. Mais beaucoup de malades rejettent cette option, ou bien leurs familles la rejettent pour eux.

Il y a aussi un autre problème, celui des soins pour malades aigus. Je ne préconise ni n'appuie un tel régime, mais il existe pour certaines personnes. Il est présentement impossible de fournir ces soins à tous ceux qui les demandent. Il y a des listes d'attente.

La prévention de la maladie et la promotion de la santé constituent la voie à suivre; aussi faut-il prévoir des services à cette fin. L'exemple classique, c'est la baisse remarquable des affections cardiaques, suite à l'usage décroissant du tabac et à la popularité croissante du jogging et de la course à pied, entre autres. En réalité, il faut attendre une dizaine d'années avant que les répercussions de ce nouvel état de choses se fassent sentir au niveau des soins pour malades aigus. En matière de financement, il faut soit accroître les fonds soit restreindre les centres de soins pour malades aigus.

Si c'est le deuxième choix qui est retenu, cela crée une situation des plus délicates, car il est bien difficile de décider si l'on va refuser ce genre de traitement. En fait, je crois que personne ne veut prendre la décision: ni les médecins, ni les hommes politiques, ni les fonctionnaires, ni même les particuliers. C'est loin d'être facile.

**Mme Copps:** On peut se rendre dans un hôpital pour enfant et examiner les familles de soins des malades dans les unités néonatales. On remarque souvent la mention NPR sur ces familles. Cela se fait tous les jours. On voudrait bien dire que ce n'est pas le cas, mais cette mention, qui signifie «ne pas réanimer» n'est pas inusitée.

**M. McKerracher:** C'est moins fréquent chez les malades de 60 ou 70 ans, toutefois, car il est plus difficile de communiquer avec le patient et de dire: nous ne croyons pas qu'il faille réanimer, car ce cas. . . Il n'y a aucun mérite à agir ainsi. Certains médecins vont le faire. D'autres sont beaucoup plus réticents, car. . .

**Mme Copps:** Je suis désolée, monsieur Halliday, mais le Dr Vaillancourt a parlé de gens qui ont été réanimés après une défaillance cardiaque, alors même qu'ils étaient cancéreux, et que la famille ne tenait pas nécessairement à ce qu'ils soient réanimés, tandis que les médecins, vu leur formation, vu leur niveau d'instruction, sont portés à faire tout ce qui est humainement possible afin de sauver leur malade. Sauver un malade, cela peut même vouloir dire qu'on le réanime après une défaillance cardiaque, même s'il se meurt du cancer.

**M. McKerracher:** J'ai connu des spécialistes du cancer qui disaient: je passe mon temps avec un malade pour

[Text]

hope and encouragement; how can I turn round and say to them there is no hope, because that is what DNR means?

It is difficult for the physician to do this. Some do it. More are doing it than used to, but not everybody. It is personal.

**Ms Copps:** It must be very difficult for the doctor.

**Dr. McKerracher:** Oh, it is.

**Mr. McCrossan:** I have a host of questions, but maybe I can pursue where this last question left off, with the so-called heroic measures.

In the United States, there has been a trend towards recognizing a law, the so-called living will, and in Europe, particularly in Holland, there has been a trend in a different direction in bio-ethics than in North America, in terms of both DNR and indeed active euthanasia.

I am not advocating them. I wish to find out what the state of the debate is in Canada on these issues, because to the extent a case is really hopeless, and to the extent we have scarce dollars, then I suppose the question is do we allocate the dollars to a case that is hopeless, or do we allocate the dollars to a case where there is in fact some value, value in terms of long-term survivability as opposed to increasing short-term survivability?

Given this different trend in the United States, where they have the living will, and in Europe, where they have a much larger movement toward hospices, and indeed, as I understand it, in the Netherlands, towards patient election, one has to ask whether this is happening here. Are the discussions taking place, or is it so far from accepted medical ethics in North America that we are not even broaching the subject?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** First of all, sir, I am not aware there is such a difference between medical ethics practised in North America or in Canada, particularly, and in Europe, in the Low Countries.

They might have been at it a little earlier than we, but it is now a very hot subject in medical education, and practically all the medical meetings have a conference or a section on medical ethics.

Regarding the allocation of the dollar, this is a very delicate thing to do because what you are doing for the patients suffering from, let us say, a cancer, you will also have to think of when you are dealing with a mental patient. He is not particularly helpful to society if he is in an institution, but yet are you going to let him perish quietly?

A lot of cancer patients, and it depends on the stage of the disease, had remission for a long, long time. So it is very delicate to say that we will not subsidize hospitals for cancer. I am going to an extreme now. You really do not know when to stop.

[Translation]

essayer de l'encourager et de lui donner quelque espoir; comment puis-je lui dire ensuite qu'il n'y a plus aucun espoir, car c'est ce que signifie la mention NPR?

C'est bien difficile pour un médecin d'agir ainsi. Certains le font. Plus de médecins le font aujourd'hui, mais pas tous. C'est un choix personnel.

**Mme Copps:** Cela doit être bien difficile pour un médecin.

**M. McKerracher:** Ça l'est.

**M. McCrossan:** J'ai une foule de questions, mais je vais m'en tenir au sujet dont nous discutons, ce qu'on appelle des mesures héroïques.

Aux États-Unis, on note une certaine tendance à tenir compte de ce qu'on appelle le désir de vivre, et en Europe, notamment en Hollande, cette tendance bioéthique est aux antipodes de celle qui a cours en Amérique du Nord, au niveau tant de la réanimation que de l'euthanasie active.

Je ne préconise ni l'une ni l'autre. Je cherche à établir où en est l'opinion publique au Canada à ce propos, car, dans la mesure où il s'agit de cas vraiment désespérés, dans la mesure où les budgets se rétrécissent, il est permis de se demander, j'imagine, si les fonds doivent être attribués aux cas désespérés ou bien à d'autres cas où cette dépense aurait quelque utilité, une certaine valeur en fonction de la survie à long terme par opposition à la survie à court terme.

Vu les divergences d'opinions entre les États-Unis, où l'on respecte le désir de vivre, et l'Europe, où on multiplie les centres hospitaliers et où, comme aux Pays-Bas, le choix est laissé aux malades, on doit se demander quelle est la situation au Canada. En parle-t-on, ou bien, vu l'éthique médicale qui est admise en Amérique du Nord, est-il interdit d'effleurer même le sujet?

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Tout d'abord, monsieur, j'ignorais qu'il y avait une telle divergence, sur le plan de l'éthique médicale, entre l'Amérique du Nord ou le Canada, en particulier, et l'Europe, les Pays-Bas.

On en discute peut-être depuis plus longtemps qu'ici, mais cela demeure un sujet des plus controversés en matière d'éducation médicale. Ce sujet revient d'ailleurs sur le tapis à peu près chaque fois qu'il y a une réunion ou un atelier consacré à l'éthique médicale.

Quant à la répartition des budgets, c'est un domaine des plus délicats, car ce que vous faites pour les cancéreux, mettons, vous oblige à penser à ce que vous devez faire également pour les malades mentaux. Ces derniers ne sont guère utiles à la société s'ils sont institutionnalisés, mais va-t-on se contenter de les laisser mourir?

Beaucoup de cancéreux, selon le stade atteint par la maladie, sont en rémission depuis longtemps. Il est donc bien difficile de dire que l'on ne financera pas d'hôpitaux pour les cancéreux. Je cite un cas extrême, mais on ne sait vraiment pas où s'arrêter.



[Texte]

**Mr. McCrossan:** It is not a choice I am going to be faced with, as an actuary. I guess maybe this is the easy way out. I wonder if you do not know when to stop. I had a younger sister who died of cancer a year and a half ago. There was hope right up until the end. Within the last week and a half, there was none whatsoever. It was obvious to everyone. It was a terrible end. I would not wish it on my worst enemy.

• 1200

I wonder at what time it becomes evident to the doctor. I suppose in a war theatre one does triage and allocates one's resources to the best, because the resources are limited. I am not suggesting that we be quite that heartless, but I wonder if the decision is not the same as the triage that takes place in a battlefield situation. One has resources to allocate and one allocates them where they are most useful. We accept it in wartime. I know we do not accept it in peacetime, but I think the ethical question is the same.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I think it depends on the physicians. They are all a little different. Among physicians some are a little more radical than others. It is a question of personality and I do not think we could legislate that.

**Mr. McCrossan:** You gave the typical standards in Ottawa and Toronto for waiting lists, for what I would regard as high-profile and urgent operations. I am talking about open-heart surgery and haemodialysis, where it seems exceptionally long waiting periods were quoted as averages.

If there are provincial cutbacks leading to longer and longer waiting periods, it seems to me we could be on the verge of the emergence of a two-tier medical system such as has occurred in the U.K., where a patient who happens to be wealthy might choose not to wait four months for open-heart surgery because there are obvious risks and go into the private system. When you are in the U.K. and have a two-year wait for hip transplants, there is a point at which you arrive at a two-tier medical system. It develops on its own.

In terms of the Canada Health Act, is it not reasonable for the federal government to insist on certain minimum standards to be met in terms of maximum waiting times for a province to continue to receive federal funding? I do not know; I am not a doctor, although our chairman is.

If we are talking about a bypass operation, it seems to me that a three- to four-month average wait for open-heart surgery does not sound acceptable to me, but

[Traduction]

**M. McCrossan:** En tant qu'actuaire, c'est un choix que je n'aurai jamais à faire. C'est peut-être la solution de facilité. Je me demande si vous ignorez vraiment où vous arrêter. Ma soeur, plus jeune que moi, est décédée du cancer il y a un an et demi. Jusqu'à la fin, il y avait encore de l'espoir, mais une dizaine de jours avant sa mort, aucun espoir n'était plus permis. C'était évident pour tout le monde. Ce fut une fin terrible. Je ne la souhaiterais pas à mon pire ennemi.

Je me demande à quel moment cela saute aux yeux du médecin. J'imagine que sur le champ de bataille, on fait un certain tri, on répartit ses ressources du mieux qu'on peu, car ces ressources sont limitées. Je ne dis pas qu'il faille toujours être aussi dépourvu de sentiment, mais je me demande si l'on ne prend pas des décisions comme si l'on était en plein champ de bataille. En l'occurrence, les ressources dont on dispose sont attribuées là où elles sont jugées les plus utiles. Ce principe est admis en temps de guerre. Je sais que l'on ne l'admet pas en temps de paix, mais je crois que la question est la même sur le plan éthique.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Cela dépend des médecins, je pense. Ils diffèrent tous un peu les uns des autres. Certains médecins sont un peu moins radicaux que d'autres. C'est une question de tempérament; je ne crois pas que nous puissions légiférer en la matière.

**M. McCrossan:** Vous avez parlé des normes typiques utilisées à Ottawa et à Toronto pour l'établissement des listes d'attente, pour ce que j'appellerais les opérations importantes et urgentes. J'ai à l'esprit la chirurgie à coeur ouvert et l'hémodialyse, pour lesquelles la période d'attente semble être en moyenne exceptionnellement longue.

Si les compressions budgétaires des provinces ne font qu'allonger les périodes d'attente, il me semble que nous sommes à la veille d'aboutir à un régime médical à deux niveaux, tout comme la chose s'est produite au Royaume-Uni, où un malade qui est riche peut opter pour un régime privé, s'il ne tient pas à attendre quatre mois pour être opéré à coeur ouvert, vu les risques manifestes que comporte l'attente. Lorsqu'un pays comme le Royaume-Uni vous fait attendre deux ans pour une greffe de la hanche, il arrive tôt ou tard qu'un régime médical à deux niveaux s'installe; on n'y peut rien.

Quant à la Loi canadienne sur la santé, n'est-il pas raisonnable que le gouvernement fédéral insiste que certaines normes minimales soient respectées pour ce qui est des périodes d'attente maximales que les provinces autorisent, si elles veulent continuer à recevoir des fonds du gouvernement fédéral? Pour ma part, je n'ai pas la réponse, n'étant pas médecin, mais notre président, lui, l'est.

S'il s'agit d'un pontage, une période d'attente de trois ou quatre mois, en moyenne, pour une opération chirurgicale à coeur ouvert, me semble inacceptable, mais



[Text]

perhaps you can tell me if it is medically acceptable. If we accept it from a province as wealthy as Ontario, the wealthiest in the country, are we not in effect seeing the destruction of universal access and the promotion of a private medical care system for the wealthy?

**Mrs. Mills:** In terms of access, it is a question of priorities. If you are only going to allocate so many beds or so many of your resources to that area and your demand is increasing, it becomes a question of supply and demand. We know that the elderly are living longer and want a higher quality of life. They are doing bypasses on older and older patients.

It may not be considered acceptable. I cannot comment on the medical implications of waiting three months for a bypass. Presumably if it is an emergency, they jump the queue. There are guidelines for priority ranking of these patients.

Regionally it is better co-ordinated—in Hamilton, for example. It does not matter which hospital your doctor is at. If you have a real problem, they will book you into the first vacancy for surgery. We agree that there should be better co-ordination, but I cannot respond to your question. I will have to leave it to the doctors in terms of medical necessity.

• 1205

**Mr. McCrossan:** I am just talking about the concept of applying minimum standards for delivery in the Canada Health Act.

**Mrs. Mills:** Obviously you are going to be selective. Then, of course, what you are doing is saying, given a finite funding situation, what other areas are going to receive less support? When you start cherry-picking, so to speak, between types of illnesses you want to insist will have a certain standard, you are automatically going to be limiting access for other types of conditions.

**Mr. McCrossan:** I do not agree that is automatic, you see. But what role do the medical profession, the hospital administrator, and the province play, respectively, if, for example, curtailment of the heroic measures frees up beds or resources? You mentioned the 10% to 20% of the hospital beds occupied by non-acute cases. Indeed, I did a study on teaching hospitals in my consulting days, back in 1981-82, and one of the comments I had, I think at the TGH—I cannot remember exactly, but I think so—was that a large number of beds were occupied effectively where doctors were checking people in the night before for morning surgery. In fact, they could have done without checking into the hospital at all, but because doctors like to do surgery first thing in the morning, they were checking their patients in overnight. So it was tying up a bed, and it had to do with, if you will, the self-

[Translation]

peut-être l'est-elle sur le plan médical; vous pouvez me le dire. Si la chose est admise dans une province aussi riche que l'Ontario, la plus riche au Canada, n'est-ce pas en réalité la disparition du principe de l'universalité et l'instauration d'un régime médical privé qui ne s'adresse qu'aux riches?

**Mme Mills:** En matière d'accès, c'est une question de priorité. Si l'on ne peut attribuer qu'un certain nombre de lits, qu'une certaine proportion de ressources à tel ou tel domaine, alors que la demande est en hausse, cela aboutit au principe de l'offre et de la demande. Nous savons que les personnes âgées vivent plus longtemps et veulent que la qualité de la vie s'améliore. L'âge des malades à qui l'on fait un pontage ne cesse de s'accroître.

Ce n'est peut-être pas jugé acceptable. Je ne peux parler des répercussions d'ordre médical d'une période d'attente de trois mois pour un pontage. J'imagine que, s'il y a urgence, on passe en tête de liste. Il y a des lignes directrices concernant le classement prioritaire des malades.

Sur le plan régional, la coordination est meilleure—à Hamilton, par exemple. Peu importe l'hôpital où votre médecin se trouve. Si vous souffrez d'une affection grave, vous obtenez le premier lit vacant dans le service chirurgical. Nous admettons qu'il faut améliorer la coordination, mais je ne peux répondre à votre question. Je laisse ce soin aux médecins qui sont au courant des nécessités médicales.

**M. McCrossan:** Je parlais simplement de l'idée d'appliquer des normes minimales dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé.

**Mme Mills:** De toute évidence, des choix s'imposent. Bien entendu, cela revient à dire: étant donné une situation financière définie, quels autres domaines vont recevoir moins d'appui? Si vous commencez à classer, si je puis dire, les diverses maladies qui existent, en insistant sur certaines normes, vous limitez par le fait même les possibilités d'accès pour certains types d'affection.

**M. McCrossan:** Pour ma part, je ne peux admettre une telle conséquence. Mais quel rôle la profession médicale, l'administrateur d'hôpital et la province peuvent-ils jouer respectivement si, par exemple, la diminution des mesures héroïques libère certains lits ou certaines ressources? Vous avez dit que 10 à 20 p. 100 des lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes atteintes de maladies non aiguës. En fait, à l'époque où j'étais expert-conseil, en 1981 et 1982, j'ai fait une étude sur les hôpitaux attachés à un établissement d'enseignement, et l'une des observations que j'ai notées, à l'Hôpital général de Toronto, je crois—je ne m'en souviens plus exactement—c'est qu'un grand nombre de lits étaient occupés effectivement par des malades que le médecin traitant avait fait admettre la veille de leur opération chirurgicale. En fait, le patient n'aurait pas dû être hospitalisé, mais les

## [Texte]

discipline of the medical practitioner in using the resource.

It gets down to the same question Sheila was referring to earlier, about ordering the ultrasounds, or maybe even. . . I had occasion to live in the U.K. for a couple of years. Second children are routinely delivered outside the hospital. To what extent are we causing misexpenditures on non-essential items—"non-essential" may be the wrong word; not effective expenditure control—when a surgeon chooses to check someone in the night before because it is to that surgeon's convenience—that ties up beds—or because we bring in standard normal deliveries and do them all in the hospital, on second and subsequent children? Other countries seem to have the same or lower rates of infant mortality without the tremendous degree of hospitalization we have in Canada.

So it seems to me establishing minimum standards does not mean some other place automatically bulges out, as if it were a big balloon, such that you squeeze one end and the other end gets bigger.

**Mrs. Mills:** I did refer to utilization studies, and I agree with you, it is important to look at these different practice patterns. I think as dollars become tighter and tighter in Ontario, those are the kinds of studies that are going to be looked at very carefully and the kind of analyses that will be done to put certain measures in place.

That Salt Lake City study I mentioned in fact standardizes the sample, so they have the same diagnoses and there are no complicating factors. They look at different patterns of practice, and that was one of the points brought up. Some doctors were bringing them in the day before. Some were even bringing them in on Friday and they were not having surgery until Monday, if it happened to be one of the hospitals that, because of their sources of income, were depending on the patients to pay for the cost of the hospital.

So there is a great deal of variance there. But these studies are certainly worth looking at. From an OCATH standpoint, these are some of the ones we are going to be taking a good hard look at, trying to implement some of the results in our hospitals.

**Dr. McKerracher:** I was in Australia a couple of years ago, and we saw the state of Victoria health care system. There was a lot of turmoil there. The physicians had been on strike or whatever. The Minister of Health had made a political commitment that he would clear up the waiting lists. The problem was that he could not do that himself. He had to rely on the system and other people to it. Of course it just created major problems for him, because the people who might have cleared it up, or whatever, did not

## [Traduction]

chirurgiens aiment bien opérer tôt le matin, voilà pourquoi ils font hospitaliser leur patient la veille. Autant de lits disponibles en moins, mais la chose était imputable, si je puis dire, aux médecins eux-mêmes qui ne faisaient pas preuve de discipline lorsqu'il s'agissait d'utiliser ces lits.

Cela se rattache à la question que Sheila a soulevée plus tôt, au sujet des ultra-sons, ou peut-être même. . . J'ai habité au Royaume-Uni durant quelques années. Il arrive couramment que le deuxième enfant ne naisse pas à l'hôpital. Dans quelle mesure dépense-t-on pour des choses non essentielles—"non essentielles" n'est peut-être pas le terme exact; un contrôle inefficace des dépenses—lorsqu'un chirurgien fait hospitaliser son patient la veille de l'opération, parce que cela fait son affaire—autant de lits en moins—ou lorsque toutes les naissances ont lieu à l'hôpital, même à partir du deuxième enfant? On remarque dans d'autres pays un taux de mortalité infantile égal ou inférieur à celui du Canada, alors même que l'on insiste beaucoup plus sur l'hospitalisation dans notre pays.

Par conséquent, je pense que l'établissement de normes minimales n'entraîne pas nécessairement une hausse de la demande dans d'autres domaines, comme s'il s'agissait d'un gros ballon qui grossit à un bout si on le pince à l'autre bout.

**Mme Mills:** J'ai fait allusion à des études d'utilisation, et je pense tout comme vous qu'il est important d'examiner les tendances qui se dégagent de certaines pratiques. À mesure que les budgets se resserrent, comme c'est le cas en Ontario, je crois qu'il faudra davantage tenir compte des résultats de ces études et de faire des analyses qui aboutiront à l'élaboration de mesures bien précises.

L'étude faite à Salt Lake City, dont j'ai parlé, comporte un échantillon normalisé, c'est-à-dire que les diagnostics sont les mêmes et qu'aucune complication n'entre en ligne de compte. Les auteurs de cette étude ont examiné diverses pratiques, dont une justement qu'ils ont relevée. Certains médecins font venir leurs patients la veille. Il y en a même qui les faisaient venir le vendredi soir, alors même que l'opération n'était pas prévue avant le lundi suivant, s'il s'agissait de l'un de ces hôpitaux qui, étant donné leurs sources de revenu, comptent sur les patients pour faire leurs frais.

Cette pratique est loin d'être suivie partout. Néanmoins, il est bon de relever les résultats de ces études. En ce qui concerne l'OCATH, il y en a quelques-unes qui seront examinées à fond, afin de chercher à y donner suite dans nos hôpitaux.

**M. McKerracher:** Lorsque j'étais en Australie, il y a quelques années, j'ai pu étudier le régime de soins médicaux à Victoria. Tout allait mal, les médecins venaient de faire grève, je crois. Le ministre de la Santé avait pris l'engagement politique de faire disparaître progressivement les listes d'attente. Le hic, c'est qu'il ne pouvait le faire lui-même. Il devait compter sur les autres, sur le système. Bien sûr, cela lui a causé de gros ennuis, car les gens qui auraient pu régler le problème des listes



[Text]

do that. That is part of the problem with waiting lists. They are a symptom, and if you try to attack the waiting list itself and reduce it then you just do not win at that. You have to deal with other things.

• 1210

Ms Copps has touched on it: a lot of this is education. We are forever educating physicians. When we review their appointments now, they have to have done some updating, gone to refresher courses and so on, and that has become almost mandatory. So there are continuous efforts to educate physicians. Some go to meetings and enjoy the scenery and so on and they all choose what they are going to do, but nevertheless there is a big system doing that. It is clearly not enough, because nobody can keep up with the technological advance.

But it is there. People are trying, but it is just so complex. I think that saying that somebody has to do this or that to get funded is perhaps a dangerous thing to do.

**Mr. McCrossan:** Can I take the issue of litigation, which was raised? I am talking about opinion as opposed to facts—I doubt that there is much fact here—but what proportion of lab tests and things like that are driven by litigation rather than medical necessity? The Americans are very litigious, as we know, and I can see that it is changing their system of medicine. It seems to be spilling north of the border. Would it be in the order of 1%, 2%, 5%, 10%, 50%? I know that this is not a scientific question; it is a matter of opinion.

**Dr. McKerracher:** I think a fair amount of X-rays are done purely defensively. I am not so sure about lab tests. A number are.

But there is no question that radiology costs are higher because of defensive-minded physicians, and they are all becoming that way.

**Mr. McCrossan:** Somebody bears the cost of the litigation one way or another. I understand that the plaintiff wins a lump sum, but we all pay for it, whether it is by premiums or by extra charges or whatever.

I am trying to get an idea of the quantity, though. Are we talking about 1% to 2% of the total medical care expenses, or is it 5% or 10% or 20%? I understand that it is mere rank opinion, but I am trying to get some idea to quantify what we are talking about here. Indeed, if it turned out to be, say, 20% then one could argue that bringing in no-fault insurance or something like that should be our major thrust in medical care reform

[Translation]

d'attente ne l'ont pas fait. C'est un peu le problème des listes d'attente. Elles sont un symptôme; si vous vous attaquez aux listes d'attente et que vous réussissez à les réduire, vous n'avez pas gagné pour autant. Vous devez vous occuper d'autres problèmes.

M<sup>me</sup> Copps a touché la solution du doigt: beaucoup dépend de l'éducation. Nous devons sans cesse éduquer les médecins. Dorénavant, lorsque nous examinons leurs nominations, nous tenons à ce qu'ils aient suivi des cours de perfectionnement ou de recyclage; c'est presque devenu obligatoire. On s'efforce donc d'éduquer continuellement les médecins. Certains se rendent à des réunions afin d'admirer les beautés du paysage et tout le monde est libre d'agir comme il l'entend: néanmoins, ce genre de réunions est fort courant. Évidemment, cela ne suffit pas, car personne ne peut se tenir à jour des progrès de la technique.

Mais cela existe. Les gens font un effort, mais c'est un domaine tellement complexe. À mon avis, dire que quelqu'un doit faire ceci ou cela pour obtenir des fonds, c'est peut-être un peu risqué.

**M. McCrossan:** Puis-je parler de la question des actions en justice, que l'on vient de soulever? Je pense aux opinions, par opposition aux faits—je doute que les faits soient bien établis en pareil cas—mais quel est le pourcentage de tests de laboratoire, entre autres, qui se font à la suite d'une action en justice, plutôt que par nécessité médicale? Les Américains adorent les procès, comme nous le savons tous, mais je m'aperçois que cela fait évoluer leur régime médical. Il semble que cette même tendance se manifeste au nord de leur frontière. Ce pourcentage serait-il de l'ordre de 1 p. 100, 2 p. 100, 5 p. 100, 10 p. 100, 50 p. 100? Je sais bien que ma question n'est pas scientifique; elle fait appel à une opinion.

**M. McKerracher:** Je crois qu'une bonne proportion des radiographies se font uniquement à des fins défensives. Quant aux tests de laboratoire, j'en suis moins certain. C'est le cas d'un certain nombre.

Mais il ne fait aucun doute que les frais de radiologie ont augmenté, à cause des médecins qui sont sur la défensive, et c'est le cas de la plupart d'entre eux maintenant.

**M. McCrossan:** Quelqu'un doit acquitter les frais d'un procès, peu importe qui. Je comprends que le plaignant peut se voir accorder un montant global, mais c'est nous tous qui payons, sous forme de primes ou de frais supplémentaires.

Je cherche toutefois à avoir une idée de ce pourcentage. S'agit-il de 1 ou 2 p. 100 du total des frais médicaux, ou bien de 5 p. 100, 10 p. 100 ou 20 p. 100? Je sais bien qu'on ne peut que formuler une opinion à ce propos, mais je cherche tout de même à quantifier ce phénomène. En fait, si ce pourcentage était fixé à 20 p. 100, cela pourrait constituer un argument en faveur d'un régime d'assurance où les risques sont mis en commun,



[Texte]

because that is where the bottleneck is, whereas if it is 0.5% then it is something that can wait.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I do not think we have hard data regarding this. It might have been done somewhere, but also you have to realize that it varies very much. If you are in a teaching hospital, for instance, then the interns and the residents, as Dr. McKerracher pointed out earlier, tend to overprescribe tests and all this because they want to be sure to arrive at the right diagnosis. The doctor has another problem; he wants to protect himself against litigation.

It varies very much from one region to the other, whether you are a teaching hospital or whether you are a community hospital, whether the tests are readily available or they are not.

However, I am not aware of any studies on that. I would say that a good part—especially in radiology, as Dr. McKerracher said—are done just to protect themselves defensively.

**Mr. McCrossan:** Could I get to the issue of the funding of the teaching hospitals. What I recall, six or seven years ago, from my research, was that, unlike the regional community hospitals that were transaction funded, the teaching hospitals tended to be funded on a capitation basis. Was that the case?

I had particular representations made to me, for example, with respect to oncology units. While the funding was going up more or less in line with inflation, as a result of the substitution of drugs and drugs that had to be provided by the hospital without charge, which came out of a global budget, in fact there was a tremendous cost squeeze taking place because of new treatments which were available and because, in effect, there was not a reimbursement. They were not funded on a reimbursement basis but in fact on a more or less global capitation basis. These new treatments, particularly in the cost of drugs as a result of cancer treatment and even in other areas, were putting a tremendous squeeze on the teaching hospitals because they tended to get the more difficult cases referred down to them from the regional hospitals.

• 1215

**Dr. McKerracher:** Absolutely correct. The teaching hospitals get a global budget plus the economic factor, whatever it is.

For example, in Ottawa there was a 7% increase in cancer cases in one year. That was the increase in cases. Whether that is due to more people living longer and getting cancer, or whether, as you say, new treatments make more people treatable and they come into hospital, I do not know. But the numbers were disproportionate to

[Traduction]

dans le cadre d'une réforme de l'assurance-maladie, puisque cela serait la principale cause de l'embouteillage, tandis que si le pourcentage est seulement de 0,5 p. 100, il n'y a pas d'urgence.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Sauf erreur, nous n'avons pas de données précises à ce sujet. Peut-être a-t-on fait des études ailleurs, mais vous devez bien comprendre qu'il y a beaucoup de variations dans ce domaine. Ainsi, dans un centre hospitalier universitaire, les internes et les résidents, comme M. McKerracher l'a signalé plus tôt, ont tendance à abuser des tests pour s'assurer que leurs diagnostics sont exacts. Pour le médecin, le problème est autre: il tient à se protéger contre une action en justice.

Cette pratique peut varier beaucoup d'une région à l'autre, selon qu'il s'agisse d'un centre hospitalier universitaire ou d'un hôpital communautaire, peu importe que les tests puissent se faire facilement ou pas.

Toutefois, aucune étude n'existe à ce sujet, à ma connaissance. Je dirais qu'une bonne partie des tests—surtout en radiologie, comme l'a dit M. McKerracher—se font uniquement en tant que moyen de défense.

**M. McCrossan:** Puis-je aborder la question du financement des centres hospitaliers universitaires. Ce dont je me rappelle des recherches que j'ai faites il y a six ou sept ans, c'est que, au contraire des hôpitaux régionaux communautaires qui sont financés à l'acte, les centres hospitaliers universitaires sont surtout financés en fonction du nombre de malades. Était-ce le cas?

Ainsi, on m'avait transmis des instances au sujet des unités d'oncologie. Alors que le financement suivait plus ou moins l'inflation, du fait de la substitution des médicaments et de la fourniture gratuite des médicaments par les hôpitaux, ce qui se faisait dans le cadre de leur budget global, en réalité, les budgets ont commencé à subir des pressions énormes, en raison de l'apparition de nouveaux traitements et de l'absence de remboursement. Le financement n'était pas fonction du remboursement, mais en fait fonction du nombre de malades, à peu de choses près. Les nouveaux traitements, notamment le coût des médicaments utilisés pour le traitement du cancer, et même les coûts dans d'autres domaines, ont eu des répercussions énormes sur les centres hospitaliers universitaires, car c'est à eux en général que les hôpitaux régionaux envoyaient les cas les plus difficiles.

**M. McKerracher:** C'est parfaitement exact. Les centres hospitaliers universitaires disposent d'un budget global, auquel s'ajoute un facteur économique, dont j'ignore la signification.

Ainsi, les cas de cancer à Ottawa se sont accrus de 7 p. 100 en un an. Le nombre de cas a augmenté: est-ce parce que plus de gens vivent plus longtemps et deviennent sujets au cancer ou bien, comme vous le dites, parce que les nouveaux traitements permettent à plus de gens d'être traités à l'hôpital, je l'ignore. Quoi qu'il en soit, les

[Text]

the funding, and that is always a difficulty because that means taking money from somewhere else in the system.

**Mrs. Mills:** I would like to speak to that as well. You are right. There are base global budgets that were derived over time, and that is why the hospitals and the teaching hospitals have been saying to the government for a long time in Ontario that they need to review how hospitals are reimbursed.

There is the base level funding. In addition, there is a small amount devoted to what is called life-support funding, and these are all the very expensive kinds of procedures like renal dialysis, the neonatal intensive care units, the cardiac units, the transplant units, to name a few. However, only about 2% of the overall fund is devoted to life-support kinds of funds, and right now they are only being funded in relation to increase over previous years' cases.

The other thing we are looking at closely in Ontario—they have done it for a long time in the States—is what is called DRG funding in the States. We are looking at *caisses mixtes* in Ontario, and there is a certain growth funding right now. But it looks at the type of cases that are being cared for rather than just patient days, because you can manipulate the funding with patient days. You can keep patients in for a long time and they are counted with the same waiting factor as if they are very acute cases. So the teaching hospitals and the Ontario Hospital Association have been looking at this, and we will be going around the province educating the hospitals on the use of this different type of measure and also working with the government on that.

**Mr. McCrossan:** Could I ask a specific question about drugs, particularly new drugs? To pick something that is not all that serious. Tagamet was a drug that was used for years in ulcer treatment. It has some serious side effects and is available generically, as well as not generically, whereas Zantac appears to have less side effects and it is taking over. Actually, I think there was an article in yesterday's paper to the effect that Tagamet sales are falling very rapidly.

But if you work on a global budget, are you not led towards using the old generic with the side effects and taking your chances or monitoring it, as opposed to the new, more expensive drug without the side effects?

**Dr. McKerracher:** The physician orders a drug; the hospital provides it. If he orders the expensive one, it is provided.

[Translation]

nombres ne correspondaient plus au financement, ce qui pose toujours des problèmes, car il faut alors trouver des fonds dans un autre secteur.

**Mme Mills:** Je voudrais aussi intervenir à ce propos. Vous avez raison. Les budgets de base ont été établis au fil des ans; voilà pourquoi les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires ne cessent depuis longtemps de faire remarquer au gouvernement ontarien que le mode de remboursement des hôpitaux doit être repensé.

Voilà pour le financement de base. En outre, un montant modeste est consacré à ce qu'on appelle les systèmes de support vital, qui comportent des procédures tout aussi onéreuses les unes que les autres, comme la dialyse rénale, les unités néo-natales de soins intensifs, les unités cardiologiques, les unités de greffe, pour n'en citer que quelques-unes. Toutefois, seulement 2 p. 100 environ du budget global est attribué aux systèmes de support vital, qui sont donc financés en ce moment uniquement en fonction de l'augmentation des cas d'année en année.

Un autre phénomène que nous suivons de près en Ontario—cela se fait depuis longtemps aux États-Unis—c'est ce qu'on appelle le financement à même une réserve générale. Nous envisageons aussi des caisses mixtes en Ontario, et le financement axé sur le taux de croissance se fait déjà dans une certaine mesure. Mais le taux qui est retenu, c'est le nombre de cas traités plutôt que le nombre de jours-malades, car dans ce dernier cas, il y a possibilité de manipulation, c'est-à-dire que les malades sont gardés à l'hôpital assez longtemps, de sorte que le même facteur de pondération s'applique aussi bien à eux qu'aux cas de maladies très aiguës. Les centres hospitaliers universitaires et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont donc examiné cette question, et nous nous proposons de faire une tournée de la province pour diffuser l'emploi de cette nouvelle mesure dans tous les hôpitaux, et aussi pour collaborer avec les gouvernements à cet égard.

**M. McCrossan:** Puis-je poser une question précise au sujet des médicaments, surtout les nouveaux médicaments? Je cite un exemple qui n'est pas trop grave, celui du Tagamet, qui est en usage depuis des années pour le traitement des ulcères. Ce médicament a de graves effets secondaires; c'est un médicament générique, mais on peut l'obtenir sous une autre forme, tandis que Zantac semble avoir moins d'effets secondaires et est en voie de le supplanter. En fait, je crois que c'est dans le journal d'hier que l'on signalait une baisse sensible des ventes de Tagamet.

Toutefois, si l'on dispose d'un budget global, n'est-on pas tenté d'employer l'ancien médicament, en dépit de ses effets secondaires, quitte à prendre le risque ou à en contrôler les effets, au lieu du nouveau médicament plus coûteux qui n'a pas d'effets secondaires?

**M. McKerracher:** Le médecin prescrit un médicament; l'hôpital le fournit. S'il prescrit des médicaments coûteux, c'est celui-là qui est fourni.



[Texte]

**Mr. McCrossan:** There is no reimbursement on the basis of drugs ordered by a hospital that has a global budget.

**Dr. McKerracher:** No. It just comes out of the globe.

**Mr. McCrossan:** What happens if the physicians shift away from the generic with some side effects towards the expensive, still patented, but more efficacious medicine? That also causes a squeeze on the budget, does it not? What sort of review process is taking place with the province to accommodate this, or is it just not recognized?

• 1220

**Mr. Gamble:** No, it is very much an issue. In fact, a very timely case in point is the new drug, t-PA, that Lenore mentioned in her presentation.

This is an interesting example because of the situation you describe with the teaching hospitals and the need for life-support funding for programs, etc. In this particular case, with this drug, that very much has an impact on the community hospitals as well. The treatment mode for that drug requires its utilization within the first 30 to 45 minutes following a myocardial infarction that in the large majority of cases will find the patient in the emergency department of a community hospital prior to transport to a teaching hospital.

So this is exactly an issue that does face the institutions. I think it rolls into a comment that I would like to make, based on a number of things I have heard this morning, about new procedures, new drugs, new innovations, etc.

What we have tended to do in the past is see an evaluation of that particular item or procedure as it comes onto the market. What has really been lacking is an evaluation or a quality assurance on the implementation and the use of those procedures or drugs at the institutional level, and I think that has led to problems and it has led to the system we see now where, essentially somewhat along the example of the ultrasound, the standards of care are based on availability. It is there; it is used; so everyone should have it to use, etc. There has not been a lot of looking at how effective it is and what impact it has on the system.

I think that is changing. I think what has happened recently in Ontario with the t-PA in particular, with the work we are doing with the central resource registry, indicates that the players in the system—the physicians, the institutions and the government officials—are getting together to take a look at standards and how these things should be used, where they should be available, etc., rather than allowing the snowball effect to take the normal course we have seen in the past.

[Traduction]

**M. McCrossan:** Le remboursement n'est pas en fonction des médicaments prescrits par un hôpital qui dispose d'un budget global.

**M. McKerracher:** Non. C'est à même le budget global.

**M. McCrossan:** Qu'arrive-t-il lorsque les médecins remplacent un médicament ayant des effets secondaires par un médicament plus coûteux, protégé par un brevet, mais plus efficace? Cela gonfle le budget des dépenses, n'est-ce pas? La province fait-elle le nécessaire pour en tenir compte, ou bien n'en tient-elle pas compte?

**M. Gamble:** Au contraire, la question reste controversée. En fait, pour citer un exemple opportun, il y a le nouveau médicament, t-PA, dont Lenore a fait mention dans son mémoire.

Il s'agit d'un cas intéressant, compte tenu de la situation que vous avez dépeinte dans les centres hospitaliers universitaires et compte tenu du besoin de financer le système de support vital, entre autres choses. Ce nouveau médicament a également eu un impact énorme sur les hôpitaux communautaires. Le mode de traitement exige que ce médicament soit fourni dans un délai de 30 à 45 minutes suivant un infarctus du myocarde, de sorte que, la plupart du temps, le malade se trouve à l'urgence d'un hôpital communautaire avant d'être transporté à un centre hospitalier universitaire.

Voilà donc le genre de problème auquel les institutions doivent faire face. Cela se rattache à une observation que je tiens à faire, d'après certains propos que j'ai entendus ce matin au sujet des nouvelles procédures, des nouveaux médicaments, des innovations, etc.

Dans le passé, on a toujours été porté à faire une évaluation de tel ou tel médicament ou procédure dès son arrivée sur le marché. Ce qui manquait vraiment, c'est une évaluation ou une garantie qualitative concernant l'utilisation de ces procédures ou de ces médicaments au niveau institutionnel; à mon avis, cela a fait naître certains problèmes et a abouti au régime actuel, en vertu duquel, tout comme l'exemple de l'ultra-son le démontre, les normes régissant les soins se fondent sur la disponibilité. La chose est là, on l'utilise, donc, tout le monde doit pouvoir l'utiliser, et ainsi de suite. C'est peu souvent qu'on a tenu compte de son efficacité ou de son incidence sur le régime.

Je crois que les choses évoluent. Vu ce qui s'est passé dernièrement en Ontario, notamment avec le t-PA, vu le travail que nous faisons au registre central, je dirais que tous les intervenants dans ce domaine—les médecins, les institutions et les fonctionnaires du gouvernement—cherchent à se concerter afin d'examiner les normes et de vérifier l'emploi et la disponibilité de tel ou tel médicament, mettons, plutôt que de laisser les choses aller à leur gré, comme cela se faisait couramment dans le passé.



[Text]

I think the difficulty we will see with trying to develop standards for certain procedures or care is that standards in this field are somewhat of a moving target because of the changes that occur, the new technology, the new treatment modalities, etc. I think it would be very difficult to have firm standards that people could live with for a long period of time.

**Mr. McCrossan:** When you mentioned t-PA, you also mentioned in one of the briefs non-ionic dyes. I had a personal experience some six years ago with TIAs and having to have an angiogram with these things, and let me tell you, I made a personal decision that I would rather die than have another one of these tests; it was so traumatic. Maybe all Ministers of Health should be subjected to the old drug. I would never go through that again. I do not care if my brain was exploding, which is what it was like when I was having the test.

If you have a drug out there that takes away the trauma of that particular test and money is stopping you from using this drug... In my mind, this is akin to electric shock therapy; it is the most brutal thing I have ever had happen to me personally, and you are telling me there is a way to avoid this and you cannot get the dollars to eliminate it. That is what your brief says.

**Ms Copps:** All I can say is that you obviously have never had a baby.

**Mrs. Mills:** Mr. Chairman, Margaret Mitchell brought up the point of use of paraprofessionals. I was going to speak briefly to that. I do not know whether you want that now or you want to leave it to the end.

**The Chairman:** Perhaps we will come back to that.

**Mr. Paul Rosenbaum (Committee Researcher):** Dr. McKerracher, in discussing the growth of high technology, talked about it as being the response to never-ending demand. In fact, you describe it as being a bottomless pit, which was the result of demands by both doctors and their patients for what is new. Other witnesses have said the same thing, and a number of witnesses before this committee have described the need for a national advisory body on high technology that may or may not have some executive authority; that is, may or may not be able to actually control that fusion of new technology.

Mrs. Mills, in your comments I think you said you believe new technology, if put in place, should be evaluated.

The question I have for the panel is: who should be doing this evaluation? What should be the nature of the evaluation? Is it just a clinical evaluation or are you also looking at cost effectiveness? How should the results be disseminated? Should some new body have some control over the growth of new technology?

[Translation]

L'élaboration des normes relatives à certaines procédures ou à certains soins va toutefois créer des difficultés, à mon avis, en ce sens que les normes dans ce domaine ne peuvent demeurer stables, vu les nombreux changements qui se produisent, au niveau de la technologie, des nouveaux traitements, etc. Je pense qu'il est bien difficile d'établir des normes fermes que l'on pourrait longtemps conserver.

**M. McCrossan:** Vous avez parlé du t-PA, mais aussi dans un mémoire des substances médicamenteuses non ionisées. Il y a six ans, j'ai dû me soumettre à une angiographie, pour laquelle on a recours aux TIA, et je vous assure que je me suis dit alors que je préférerais mourir plutôt que d'avoir à subir un autre test de ce genre; cela m'avait traumatisé. On devrait peut-être prescrire ce vieux médicament à tous les ministres de la Santé. Jamais plus je ne répéterai l'expérience. Peu importe si ma cervelle éclate, c'est exactement la sensation que j'ai eue lorsque j'ai subi ce test.

Si l'on découvre un médicament qui enlève à ce test son aspect traumatisant, et que l'on ne l'emploie pas à cause d'un manque de fonds... pour moi, c'est semblable aux électrochocs; c'est l'expérience la plus brutale que j'ai jamais eue, mais vous me dites qu'il y a moyen de l'éviter, sauf que vous n'avez pas les fonds pour pouvoir vous en servir. Voilà à quoi se résume votre mémoire.

**Mme Copps:** Tout ce que je puis dire, c'est que, de toute évidence, vous n'avez jamais eu de bébé.

**Mme Mills:** Monsieur le président, M<sup>me</sup> Mitchell a fait mention du recours aux paraprofessionnels. J'avais l'intention d'en parler brièvement. Je me demande si je dois le faire maintenant ou attendre à la fin.

**Le président:** Nous y reviendrons peut-être.

**M. Paul Rosenbaum (documentaliste du Comité):** M. McKerracher, lorsqu'il parlait de l'essor de la technologie de pointe, dit que c'est là la réponse à une demande sans fin. En fait, vous la comparez à un abîme sans fond, car tant les médecins que les malades veulent toujours avoir ce qui est nouveau. D'autres témoins avaient déjà dit la même chose, et un certain nombre d'entre eux ont exprimé le besoin qu'il y a d'établir un organisme consultatif national de la technologie de pointe qui pourrait avoir certains pouvoirs exécutifs, c'est-à-dire, qui pourrait exercer un certain contrôle sur le flux des nouvelles technologies.

Madame Mills, vous avez fait remarquer, je crois, qu'il faudrait évaluer toute application d'une nouvelle technologie.

Voici la question que j'adresse au témoin: qui devrait s'occuper de cette évaluation? Quelle devrait en être la nature? S'agirait-il simplement d'une évaluation clinique ou bien s'accompagnerait-elle d'une analyse de rentabilité? Comment les résultats seraient-ils diffusés? Faut-il un nouvel organisme qui exerce un certain contrôle sur l'essor des nouvelles technologies?

[Texte]

[Traduction]

• 1225

**Mrs. Mills:** Because of the way health care is organized in this country, it should be done provincially. There may be merit in a national body. We felt that, even with a provincial body, it was hard to get the players to agree. Certainly, the teaching hospitals agree that any new application should be assessed, first of all, in relation to need; and then, in accordance with evaluative criteria built in to the use of the technology.

Normally, it will be the clinicians who are using it in teaching hospitals, and they will develop the research protocol to evaluate it with a control and experimental group and assess the results. This is very much needed. I do not think there has been enough of this research done. But in answer to your question, that is who is doing it. I think both clinical efficacy and cost effectiveness should play a role in the evaluation.

**Dr. McKerracher:** Clinical evaluation is paramount. If you look at t-PA plasminogen, it is now coming out that Septra may be as effective. That has coloured what has happened. T-PA, which was initially funded on a special grant, is not being funded in the system. People are being advised to use Septra. There was no thought of that when t-PA came out.

The other thing is non-ionics. Everybody I know who has had one feels as you do, but statistically it is now appearing that the comfort level for patients is very evident. In the safety level there is apparently not much difference. The cost difference is something like a multiple of ten. So that is the kind of decision to be made. Is it worth ten times more for your comfort? You say yes, but the system may say no.

**Mr. Rosenbaum:** I would like to ask a manpower question. There have been for some time now governmental bodies that have argued that there is a surplus of physicians in Canada. For example, the Federal-Provincial Advisory Committee on Health and Manpower in 1982 estimated that there would be a surplus of about 6,000 physicians by the year 2000. Despite the arguments that there is a surplus, most groups agree that there is a deficiency in certain medical specialty areas. So the problem may be one of maldistribution. How would panel members recommend best dealing with the problem of the maldistribution of physicians in Canada, both geographic maldistribution and maldistribution by specialty area?

**Mrs. Mills:** In my former role I sat on the Ministry of Health, and was responsible for health manpower planning. In fact I was part of the group that prepared

**Mme Mills:** Étant donné la structure du système de santé canadien, ce rôle devrait être dévolu aux provinces. Ce serait peut-être utile de créer un organisme national. Nous avons jugé que, même avec un organisme provincial, il était difficile d'obtenir un consensus parmi les intervenants. Pour leur part, les hôpitaux d'enseignement admettent la nécessité d'évaluer les nouvelles techniques en fonction du besoin d'abord et, dans un deuxième temps, en fonction de critères d'évaluation régissant l'utilisation de la technique.

Normalement, ce sont les cliniciens qui utiliseront ces nouvelles techniques dans les hôpitaux d'enseignement et qui élaboreront le protocole de recherche en vue d'en faire l'évaluation auprès d'un groupe témoin et d'en apprécier les résultats. Nous avons grand besoin que cela soit fait. J'estime que trop peu de recherches ont été faites à cet égard. Toutefois, je dirais, en réponse à votre question, que ce sont eux qui font l'évaluation. Cette dernière doit prendre en ligne de compte l'efficacité clinique et l'efficience au plan des coûts.

**M. McKerracher:** L'évaluation clinique est primordiale. Si vous prenez le cas de la profibrinolyse; il semblerait maintenant que Septra pourrait être aussi efficace. Cela a influencé la décision qui a été prise à l'égard de la recherche sur la profibrinolyse qui a été financée initialement par une subvention spéciale mais qui n'est plus financée à même les fonds du système. On conseille aux gens d'utiliser Septra. Personne ne songeait à cela quand la profibrinolyse a été mise sur le marché.

Il y a aussi l'exemple des substances médicamenteuses non ionisées. Tous ceux que je connais et qui ont subi une angiographie pensent comme vous; or, les statistiques révèlent que les nouvelles substances sont moins traumatisantes pour les patients. Pour ce qui est de l'innocuité, il y aurait très peu de différence. Toutefois, le coût des nouvelles substances est près de dix fois plus élevé. Voilà le genre de décision qu'il faut prendre. Le confort des patients vaut-il dix fois plus? Vous dites oui, mais ceux qui financent le système peuvent très bien ne pas être de cet avis.

**M. Rosenbaum:** J'aimerais poser une question sur la main-d'oeuvre. Depuis quelque temps déjà, certains organismes gouvernementaux soutiennent qu'il y a un surplus de médecins au Canada. Par exemple, en 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire a estimé qu'il y aurait en l'an 2000 un excédent d'environ 6,000 médecins. Certains disent qu'il y a un excédent mais la plupart des groupes reconnaissent qu'il y a une pénurie dans certaines spécialités médicales. Ainsi, il s'agit sans doute d'un problème de mauvaise répartition des ressources. Quelle solution proposeriez-vous au problème de la mauvaise répartition de médecins au Canada, tant au plan géographique qu'au plan des spécialités?

**Mme Mills:** J'étais auparavant responsable de la planification de la main-d'oeuvre sanitaire au ministère de la Santé. J'étais membre du groupe qui a préparé ce



[Text]

that report. They are hard decisions and they are not easy political decisions. I think there are surpluses of physicians in Canada, certainly in Ontario. It is a distribution problem and also a funding problem.

As yet, in Ontario and in Canada, we have not seen fit to tell physicians—other than in one province—where they should practise. In Ontario we have had an active incentive program going for years, our under-served area program; but we have failed to attract large numbers of certain disciplines to the north. There are not the support systems in place for them in many instances, or the population to support the practices of specific specialties.

So there is a maldistribution. There is no mechanism in place to force physicians to locate in certain areas of the province. There would probably be a lack of a support system, even in terms of facilities and resources, if they chose to practise in more isolated areas. And there is no disincentive at the moment in place for medical schools to cut enrolment, because of the way they are funded. In Ontario they are funded on a basic income unit, which in fact supports more students not fewer students.

• 1230

These kinds of problems would have to be ironed out before you really are going to get both provincial planning. . . I think we are getting into it more in Ontario with the reduction in post-graduate training positions for the specialists. They are really having to take a hard look at which program should be in place in which teaching hospitals, and post-graduate training should not be available in certain health sciences centres. That has already been happening in Ontario, but it certainly has to be looked at nationally as well.

So that, again, is part of the problem in the effective use of para-professionals. If you have too many general practitioners in the province who are not going to give up the patients they want in order to maintain their income, they are going to discourage use of para-professionals. In Ontario, with the nurse practitioner, we found it was a good experiment that failed because it was an add-on in terms of dollars to the system. It was an additional resource the family physician used, but there was no mechanism for paying those people.

We are finding in Ontario right now that there is such a short supply of rehabilitation personnel—physios, speech pathologists—that some of them are moonlighting or going into business on the side and people will pay

[Translation]

rapport. Ce sont des décisions épineuses et très délicates au niveau politique. Je crois qu'il y a effectivement un excédent de médecins au Canada, particulièrement en Ontario. Il s'agit d'un problème de répartition et de financement.

Nous n'avons pas encore, ni en Ontario ni ailleurs au Canada—sauf dans une province—jugé bon de dire aux médecins où ils doivent pratiquer. En Ontario, nous avons depuis plusieurs années un programme d'encouragement appelé Programme des services aux régions insuffisamment desservies; nous n'avons toutefois pas réussi à attirer un grand nombre de médecins spécialisés dans le Nord. Dans de nombreux cas, les systèmes de soutien font défaut ou la clientèle des spécialités est insuffisante.

Ainsi, il y a une mauvaise répartition. Il n'existe aucun mécanisme permettant de contraindre les médecins à aller s'installer dans certaines régions de la province. S'ils choisissaient de pratiquer dans des régions plus isolées, ils n'auraient sans doute pas accès à un système de soutien adéquat, ni aux installations et ressources requises. Par ailleurs, étant donné la façon dont sont financées les écoles de médecine, aucun mécanisme ne les incite à réduire le nombre d'inscriptions. En Ontario, ces écoles sont financées en fonction d'une unité de revenu de base, ce qui leur permet d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants.

Voilà le genre de problème qu'il faudrait régler avant de pouvoir tabler à la fois sur une planification provinciale. . . Nous y venons graduellement en Ontario grâce notamment à la réduction des postes de spécialistes résidents. La province s'interroge sérieusement sur le choix des programmes qui doivent être offerts dans les hôpitaux d'enseignement et envisagent d'éliminer les postes de résidents dans certains centres de sciences sanitaires. Cela se fait déjà en Ontario mais c'est une option qu'il faudra certainement examiner à l'échelle nationale.

C'est là un des éléments du problème de l'utilisation efficace du personnel dans les professions paramédicales. S'il y a trop d'omnipraticiens dans la province qui se refusent à réduire la clientèle dont ils ont besoin pour maintenir leur niveau de revenu, ils vont se prononcer contre l'utilisation du personnel des professions paramédicales. En Ontario, l'expérience des infirmières de premier recours était excellente mais n'a pas été couronnée de succès parce qu'elle imposait des dépenses additionnelles au système. Il s'agissait d'une ressource additionnelle qu'utilisait le médecin de famille mais aucun mécanisme n'existait pour permettre de les rémunérer.

Nous constatons à l'heure actuelle en Ontario qu'il y a une telle pénurie de personnel de réadaptation—physiothérapeutes, orthophonistes—que certains d'entre eux travaillent au noir ou ouvrent leur propre bureau, et



[Texte]

them outside the system simply because they need their services.

I think until we really get a handle on medical manpower and the funding of medical manpower, the incentives that are in place to encourage physicians to go into specialties that are in short supply and to practice in those areas that need them. . . it is going to be an on-going problem.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I think it has not been established that there will be a surplus of physicians, let us say by the year 2000. The study which was already mentioned did not take into consideration a lot of factors that will necessitate more doctors. The care of the elderly, for instance. . . we are going to have more and more older people to take care of and there are those who will require more services.

The development of technology, for instance. . . Dr. McKerracher mentioned that in the department of cardiology at the Ottawa Heart Institute they have so many cardiologists and they all have their little areas of expertise. In radiology it is the same thing. In the older days you had a therapeutic radiologist who applied some rays, mostly in cancer, and another one expert in imaging. But now you have the ultrasound, which we referred to, and you have so many other techniques that the department of radiology is like cardiology. They all have their little niche in the practice.

Another important factor is the—I do not want to say the invasion of women into the medical field, but there are so many more women practising medicine now than there was in certain schools, the French schools particularly, and at McMaster. There are 60% women in the first year of medical school. It has been established, at least in one study, that the women work about three-fifths of what male physicians do for obviously good reason. But the thing is they set, if I may say, a bad example because the male physicians realize they would like to have a better life as well. They are expected to be a little more at home nowadays and help in the family chores and so on, so the physicians of today and certainly of tomorrow will work a little less than the older physician did. That will be increasing every year, especially with the women population in the medical field.

It has not been established that there will be a surplus of physicians or that there is a surplus of physicians. Of course, there is no question about maldistribution.

**The Chairman:** Mr. Rosenbaum has one supplementary on the same topic of manpower.

**Mr. Rosenbaum:** I wonder if I could have your reaction to the suggestion that there be a provisional licencing system, whereby all new physicians would be required to practise in under-served areas, with

[Traduction]

leurs clients les paient directement tout simplement parce qu'ils ont besoin de leurs services.

À mon avis, tant que nous n'aurons pas trouvé une solution au problème de la main d'oeuvre médicale et à son financement, les mesures d'encouragement mises en place pour inciter les médecins à choisir des spécialités où il y a pénurie et à pratiquer dans les régions mal desservies. . . Le problème ne sera pas réglé d'aussi tôt.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** À mon avis, on n'a pas fait la preuve d'un excédent de médecins vers l'an 2000. L'étude dont on a déjà parlé n'a pas pris en ligne de compte un grand nombre de facteurs qui feront augmenter la demande de médecins. Les soins aux personnes âgées, par exemple. . . La population vieillit et le nombre de personnes âgées ayant besoin de plus de soins augmentera.

Pour ce qui est des techniques nouvelles, par exemple. . . Le docteur McKerracher a dit que le service de cardiologie à l'Institut de cardiologie d'Ottawa compte un si grand nombre de cardiologues que chacun a sa spécialité. Le même phénomène existe en radiologie. Déjà, un radiothérapeute appliquait des rayonnements, dans la plupart des cas à des cancéreux, et un autre se spécialisait en imagerie. Or, maintenant il y a les ultrasons, dont nous avons parlé déjà, et un si grand nombre d'autres techniques que le service de radiologie ressemble au service de cardiologie. Chacun a sa petite spécialité.

Un autre facteur important, c'est—je ne veux pas dire l'invasion des femmes dans le domaine médical—mais il y a tellement plus de femmes qui pratiquent la médecine maintenant qu'il n'y en avait déjà dans certaines écoles, françaises particulièrement, et à McMaster. En première année de médecine, 60 p. 100 des étudiants sont des femmes. Au moins une étude a démontré que les femmes travaillent 40 p. 100 de moins que leurs confrères masculins pour une très bonne raison. Le problème que cela crée, si je puis m'exprimer ainsi, c'est que cela donne un mauvais exemple aux hommes médecins qui sont amenés à rêver d'une meilleure vie eux aussi. De nos jours, on attend d'eux qu'ils soient plus souvent à la maison et qu'ils fassent leur part des travaux. Ainsi, les médecins d'aujourd'hui et certainement ceux de demain travailleront un peu moins que ceux des générations précédentes. Les effets de cette situation se feront sentir de plus en plus année après année, particulièrement en raison du nombre de femmes pratiquant la médecine.

On n'a pas démontré qu'il y aura un excédant de médecins ni qu'il y en a un actuellement. Bien sûr, la mauvaise répartition ne fait aucun doute.

**Le président:** M. Rosenbaum aimerait poser une autre question sur la main-d'oeuvre.

**M. Rosenbaum:** Puis-je vous demander ce que vous pensez de l'idée d'instaurer un système de licence provisoire en vertu duquel tous les nouveaux médecins seraient tenus d'aller pratiquer dans des régions mal

[Text]

exemptions for specialties in which there is manpower need, for example physiatry or geriatrics.

• 1235

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Are you referring to the plan that Quebec has at the present time? I do not think they were too successful in that plan. I have no definite idea regarding this, except there is a breach of liberty there: why should doctors be sent here and there when lawyers and engineers can do whatever they want to?

**Dr. McKerracher:** I have a personal opinion about that. I am of the old guard—40 years ago; that stuff. Maybe the specialist would benefit by putting in two years in the rough and tumble of practice.

I see bright, bright people go directly from medical school through the system and become specialists, and they are great, but they have not gone through the rough and tumble of practice. That maybe has a maturing effect on some people and they might become more effective. I do not think it would change the numbers game at all. It might change their abilities.

I also think the number of 5,000 surplus by the year 2000 may be an exaggeration, but I do believe there will be a surplus of physicians, in spite of all the factors, and very valid ones, that Dr. Vaillancourt mentioned. I think there is need to be concerned about it.

**Mrs. Mills:** This, of course, is not a new idea that you are suggesting. They do it in Mexico, they do it in Greece, and they do it in various other countries. It certainly would have short-term benefits, in that you would hopefully get some under-serviced areas better serviced. The problem is retention. Through your incentive program you can locate people in the north, but they do it for two or three years and then they are back in the south. As you know, that was one of the problems with recruiting overseas for physicians, in that they worked out their contracts and were then licenseable and then moved to the over-serviced areas.

I guess it is debatable whether we are going to have a surplus, because this is projection, it is not an exact science. As you know, there are too many variables to take into account. It is only as good as your assumptions, and there are a lot of things in relation to high technology and changing demographics and practice patterns that one cannot anticipate. If they found a cure for cancer, for instance, what impact would that have on the medical community and the need for service?

There are problems here, and the point is, do you demand this kind of return of service in Canada? Some countries feel it is legitimate, because of the cost of

[Translation]

desservies, à l'exception des domaines de spécialité où il existe un besoin de main-d'oeuvre, par exemple en physiatry ou en gériatrie.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Voulez-vous parler du système qui existe actuellement au Québec? Je ne crois pas qu'il ait donné les résultats escomptés. Je n'ai pas d'idée arrêtée à cet égard si ce n'est de croire qu'il y a là entrave à la liberté: pourquoi les médecins seraient-ils obligés d'aller ici ou là quand les avocats et les ingénieurs peuvent pratiquer où ils veulent?

**M. McKerracher:** J'ai un avis personnel à ce sujet. Je suis de l'ancienne école—d'il y a 40 ans. Le spécialiste aurait peut-être intérêt à aller pendant deux ans à la dure école de la médecine générale.

Je vois des gens très, très intelligents qui se spécialisent dès leur sortie de l'école de médecine et ils sont merveilleux, mais ils n'ont pas appris toutes les leçons de la pratique. Or, cela donne de la maturité à certaines personnes et peut les rendre plus efficaces. Je ne sais pas si cela changerait le problème de la répartition. Ça améliorerait toutefois les compétences.

Je crois aussi que c'est peut-être une exagération de dire qu'il y aura 5,000 médecins excédentaires en l'an 2000, mais je crois toutefois qu'il y aura un excédent de médecins et cela, malgré tous les facteurs tout à fait pertinents qu'a mentionnés le docteur Vaillancourt. Il y a certainement lieu de s'en préoccuper.

**Mme Mills:** Ce que vous proposez n'a rien de nouveau. Ils le font au Mexique, en Grèce et dans divers autres pays. Cela rapporterait certainement des dividendes à court terme en ce sens que l'on pourrait espérer régler le problème des régions mal desservies. Il s'agit d'un problème de roulement. Le programme d'encouragement permet d'attirer des médecins dans le Nord mais ils n'y restent que deux ou trois ans et reviennent ensuite dans le Sud. Comme vous le savez, c'est l'un des problèmes auxquels nous nous sommes heurtés lorsque nous avons voulu recruter des médecins à l'étranger puisqu'ils y restaient pendant la durée de leur contrat, obtenaient leur licence, et revenaient s'établir dans les régions amplement pourvues en médecins.

À mon avis, il n'est pas du tout certain qu'il y aura un excédent puisqu'il s'agit de projections et non pas d'une science exacte. Comme vous le savez, il faut prendre en ligne de compte un trop grand nombre de variables. La valeur des estimations dépend de la valeur des hypothèses. Il y a trop de facteurs qu'on ne peut prévoir, notamment en ce qui concerne la haute technologie, les changements démographiques et les tendances au niveau de la pratique. Par exemple, si on trouvait le moyen de guérir le cancer, quelle incidence cela aurait-il sur la profession médicale et le besoin de services?

Cette solution est imparfaite et il s'agit de savoir si nous voulons exiger ce genre de service au Canada. Certains pays ont jugé légitime, étant donné le coût de



[Texte]

training them, that they can have a return of service, and this is built in. It is probably more of a political question in terms of health response.

**Ms Copps:** I had not planned on speaking about this, but since Dr. Vaillancourt mentioned about the number of women entering the profession, I will. He probably saw the study that was published in the newspaper last week which suggested that as a profession the medical profession was becoming less attractive or less desirable because of the influx of women.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Not at all.

**Ms Copps:** Did you see that? It was published in—

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Yes. They were quoting Eva Ryten, who is the head of our division of research. She was misquoted throughout. It was an article in *The Globe and Mail*, I believe.

**The Chairman:** That has happened before around here.

**An hon. member:** That response has credibility with this group, I might say.

**Ms Copps:** The reason I mention that is if you look at teaching as a profession, when it was predominantly a female profession, the pay was very low. There seem to be economic indicators that as women enter a profession the scale of salaries change for the worse.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** If I may add something, there is only one problem there. Women tend to stay in certain specialties or certain fields such as family medicine, obstetrics, gynaecology, pediatrics, and so on, and very few go into surgery. That will have to be evened up.

**Ms Copps:** I have a couple of points to bring up, and one is concerning physiotherapists. There is not a shortage of physiotherapists, there is a shortage of people who have opportunity to collect the same fee for services that physicians do. Believe me, if you had a licensing system that was different, you would see physiotherapists returning to the profession en masse. Basically now they are salaried employees. If they managed to get a billing number, that was given to the clinic in 1966. So that is a different. . . There is a shortage, but part of it relates to the fact that they are treated in a fashion different from most other health professionals in relation to the fee-for-service model.

**Mrs. Mills:** They are treated the same as all other para-professionals other than doctors and chiropractors. Again, if you look at female-dominated professions and you take nursing as another example, when there are periodic shortages they think they will get all the retired nurses

[Traduction]

formation des médecins, d'exiger d'eux qu'ils pratiquent ici ou là en guise de remboursement. C'est sans doute une question qui relève davantage de la politique que de la santé.

**Mme Copps:** Je n'avais pas prévu aborder cette question mais puisque le docteur Vaillancourt a lui-même parlé du nombre de femmes qui entrent en médecine, je vais le faire. Il a sans doute vu le compte rendu publié dans le journal la semaine dernière, selon lequel la profession médicale devenait de moins en moins attrayante et de moins en moins souhaitable en raison de l'afflux des femmes.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Pas du tout.

**Mme Copps:** L'avez-vous vu? Il a été publié dans. . .

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Oui. L'article citait Eva Ryten, qui dirige notre service de recherche. Elle a été mal citée dans tout cet article. Il s'agissait d'un article du *Globe and Mail*, je crois.

**Le président:** Ça s'est déjà produit ici.

**Une voix:** J'ajouterais que cette réponse a du mérite aux yeux de ce groupe.

**Mme Copps:** J'aborde la question parce que, dans le cas de l'enseignement, les salaires étaient beaucoup plus bas quand les enseignants étaient en majorité des femmes. Certains indicateurs économiques permettent de croire que l'échelle des salaires se détériore quand le nombre de femmes exerçant une profession augmente.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Si vous me permettez d'ajouter quelque chose, je dirais qu'il n'y a ici qu'un problème. Les femmes ont tendance à choisir certains domaines de spécialité comme la médecine familiale, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie etc, très peu d'entre elles choisissant la chirurgie. Il faudra mieux répartir cela.

**Mme Copps:** J'aimerais aborder quelques questions dont celles des physiothérapeutes. Il n'y a pas de pénurie de physiothérapeutes, mais il y a une pénurie de gens capables de toucher les mêmes honoraires que les médecins. Croyez-moi, si vous modifiez le régime d'attribution des licences, vous verriez les physiothérapeutes réparaître en masse. À l'heure actuelle, ils sont à toutes fins utiles des salariés. En 1966, s'ils réussissaient à obtenir un numéro de facturation, ce dernier était attribué à la clinique. C'est donc un problème différent. . . Il existe une pénurie, mais elle est en partie attribuable au fait que les physiothérapeutes sont traités autrement que la plupart des autres professionnels de la santé pour ce qui est du régime de facturation à l'acte.

**Mme Mills:** Ils sont traités exactement comment toutes les autres catégories de personnel paramédical, mis à part les médecins et les chiropraticiens. Là encore, si vous prenez les professions où les femmes sont en majorité, comme les sciences infirmières, on croit pouvoir combler



[Text]

back. They have found there is a very small pool to draw upon because probably the age group 35 to 45 might be willing after their child-rearing years—there is less need for them to be in the home—to come back. It is a very limited pool to draw upon in order to have them re-enter the field and return to practice.

The studies that have been done show there are shortages in the rehabilitation because of the increased need of the elderly and for speech pathology and audiology, particularly in Ontario, with the need for special services in the schools. You just have to look at the papers and you can see the vacancies in hospitals and school boards for these types of professions.

**Ms Copps:** I think the OPA looks specifically at chiropractic as a profession and asks why this male-dominated profession manages to have billing numbers and why the predominantly female population of the physiotherapist does not. I am just putting that as a side issue. I understand that there are other personnel problems.

In terms of DRGs, why would Canada, which has a much better record in terms of universally accessible health care, look to the United States, which pays a greater percentage of its GNP for health care, as a potential model in terms of cost cutting? Right now the Americans pay almost 12% of their GNP in health care and we pay somewhere under 9%. I do not know why we would be looking to them to learn about more efficient delivery of health care. You referred to the DRGs as being looked at as a possible way of payment rather than on a per-day hospital stay.

**Mrs. Mills:** It is because it would be more reflective of actual cost. We are looking to the United States because all the development of the research has been done down there. We have adapted our own statistics, Ontario statistics and Canadian statistics. We have developed our own model.

It relates more to actual costs if you are looking at cases. It does not build in acuity; that will be a further refinement. If you are looking at types of cases... and therefore you should be funded on the types of cases rather than just how long the patient is in the hospital. Then it reflects more actual cost. That is what we are referring to.

**Ms Copps:** I have just one last question. When we are talking about the availability of new drugs and everything, when the provincial government in Ontario—and we keep referring to Ontario, I think, because some of the members here are from Ontario and plus we are more subjected to the Toronto media here in Ottawa—there are

[Translation]

les pénuries périodiques en faisant appel à toutes les infirmières à la retraite. On a constaté l'existence d'un bassin de main-d'oeuvre très restreint du fait que les femmes âgées de 35 à 45 ans pourraient être disposées à reprendre du service une fois leurs enfants élevés, quand leur présence à la maison est moins nécessaire. Toutefois, le nombre de femmes qui seraient disposées à reprendre du service est très limité.

Les études réalisées jusqu'à maintenant révèlent qu'il y a des pénuries dans le domaine de la réadaptation en raison des besoins accrus des personnes âgées et dans certaines spécialités comme l'orthophonie et l'audiologie, particulièrement en Ontario, où le besoin de services spéciaux se fait sentir dans les écoles. Il suffit de regarder les journaux pour constater le nombre de postes vacants pour de tels spécialistes dans les hôpitaux et les commissions scolaires.

**Mme Copps:** Il me semble que l'OPA considère la chiropratique comme une profession et se demande pourquoi cette profession où les hommes sont en majorité réussit à obtenir des numéros de facturation alors qu'en physiothérapie, où les femmes sont en majorité, c'est impossible. C'est là une question complémentaire. Je crois comprendre qu'il y a d'autres problèmes de main-d'oeuvre.

Pour ce qui est des DRG, pourquoi le Canada dont l'accès universel aux soins de santé est inégalé se comparerait-il aux États-Unis qui consacrent un pourcentage plus élevé de leur PNB aux soins de santé pour trouver un modèle de compression des dépenses? À l'heure actuelle, les Américains consacrent près de 12 p. 100 de leur PNB aux soins de santé alors que cette proportion n'est que de 9 p. 100 au Canada. Je ne vois pas pourquoi nous voudrions nous inspirer de leur méthode pour assurer une prestation plus efficace des soins de santé. Vous avez dit que la formule des DRG pourrait être évaluée comme mode de paiement en remplacement du calcul des honoraires par jour d'hospitalisation.

**Mme Mills:** C'est que cette formule refléterait de plus près les coûts réels. Nous nous tournons vers les États-Unis parce que c'est là que toutes les recherches ont été faites. Nous avons adapté nos propres statistiques, celles de l'Ontario comme celles du Canada. Nous avons élaboré notre propre modèle.

Il reflète mieux les coûts réels du traitement de certains cas. Il ne tient pas compte des soins intensifs; le modèle sera raffiné plus tard pour les prendre en ligne de compte. Si vous prenez les diverses catégories de cas... le financement des hôpitaux pourrait être calculé selon la nature des cas plutôt qu'en fonction de la durée d'hospitalisation. Cela refléterait de plus près les coûts réels. Voilà ce dont nous parlons.

**Mme Copps:** J'aurais une dernière question. Quand nous avons parlé de la disponibilité de nouveaux médicaments, quand le gouvernement de l'Ontario—et je parle sans cesse de l'Ontario parce que certains des députés ici sont de cette province et parce que nous lisons plus souvent à Ottawa les journaux de Toronto—il y a

[Texte]

two statistics that are really just staggering in terms of the health of Canadians. One is that we are the most institutionalized people in the world when it comes to our elderly. In the province of Ontario we are the most over-medicated when it comes to our elderly.

Now, how can we make suggestions, for example, with respect to open-heart surgery? I think part of the reason for the build-up of waiting lists, etc., is that 10 or 15 years ago you were playing Russian roulette when you went in for open-heart surgery. Nowadays the success rates are so tremendous that everybody wants to take that chance.

As Paul said, he would never have that test again because it was too painful. Many people who 15 years ago would just carry on in their reduced state would now opt for open-heart surgery because the success rates are so terrific.

If we cannot deal with over-institutionalization and over-drugging of the elderly as two primary concerns, then how can we say we are saving the system by patching or making t-PA available? It seems we are not looking at the forest for the trees.

**Mrs. Mills:** In terms of the medication, that is obviously a physician decision.

• 1245

**Ms Copps:** Why are physicians in Ontario giving out the most drugs in the world to our elderly? Unless we can answer that question, how can we answer all the others?

**Dr. McKerracher:** I do not know that it is the most in the world, but certainly it is well known that elderly patients are overly medicated, by and large—well known. The geriatric specialists, the ones I know of, spend a lot of time taking patients off all medication and starting all over again. You know what happens: they get their medication for this, and then something to counteract that, and it builds up. That is well known. It comes up at lots of educational sessions, family physician refresher courses, and so on. It is probably better than it was and it is probably worse than it should be.

I think the answer is education, because in the end the physician is the one who treats the patient and who orders those. So somehow you have to motivate the physician to do it better and differently. It takes time. There are I do not know how many thousands of physicians—40,000, probably—in the country. So there are a lot of people to be motivated and educated. But in the end they are still the ones who are dealing one-on-one with the patient. They are doing the best they can.

[Traduction]

deux statistiques touchant à la santé des Canadiens qui sont vraiment renversantes. D'abord, le Canada se classe au premier rang au monde pour le nombre de personnes âgées en établissement. En Ontario, nos personnes âgées consomment la plus grande quantité de médicaments.

Comment pouvons-nous formuler des suggestions à l'égard, par exemple, de la chirurgie à cœur ouvert? À mon avis, le rallongement des listes d'attente, etc., s'explique en partie... Il y a 10 ou 15 ans, celui qui subissait une opération à cœur ouvert risquait sa vie. Aujourd'hui, les taux de réussite sont si faramineux que tout le monde veut tenter sa chance.

Comme l'a dit Paul, il ne subirait plus jamais cette épreuve parce qu'il l'a trouvée trop douloureuse. De nombreuses personnes qui, il y a 15 ans, auraient continué de vivre avec des capacités réduites, optent maintenant pour une opération à cœur ouvert en raison des taux élevés de succès.

Si nous ne réussissons même pas à régler en priorité le double problème du placement généralisé en établissement et de la surmédication des personnes âgées, comment pouvons-nous alors prétendre sauver le système en le rapiéçant ou en mettant sur le marché la profibrinolyse? Il me semble qu'en nous attardant à des détails, nous ne voyons pas le gros du problème.

**Mme Mills:** Pour ce qui est de la médication, cette décision appartient clairement aux médecins.

**Mme Copps:** Pourquoi les médecins de l'Ontario prescrivent-ils, plus que les médecins de tout autre pays au monde, autant de médicaments à nos personnes âgées? Si nous ne pouvons répondre à cette question, comment pouvons-nous répondre à toutes les autres?

**M. McKerracher:** Je ne sais pas s'ils se classent au premier rang au monde à cet égard, mais c'est un fait bien connu que les patients âgés sont surmédicamentés. Les spécialistes en gériatrie, du moins ceux que je connais, passent beaucoup de temps à retirer toute médication à leurs patients pour les prescrire à nouveau aussitôt après. Vous savez ce qui se produit: les personnes âgées obtiennent des médicaments pour ceci et d'autres pour cela, et les uns s'ajoutent aux autres. C'est un fait bien connu. La question est abordée lors de nombreuses séances d'informations et de cours de recyclage à l'intention des médecins de famille, etc. La situation s'est sans doute améliorée mais il reste aussi sans doute place à l'amélioration.

À mon avis, la solution c'est l'éducation parce qu'au bout du compte, c'est le médecin qui traite son patient et qui prescrit les médicaments. Il faut donc trouver le moyen d'inciter les médecins à faire mieux et à faire autrement. Cela prend du temps. Je ne sais pas combien de milliers de médecins—probablement 40,000—au Canada. Cela fait beaucoup de monde à motiver et à éduquer. Or, en dernière analyse, ce sont eux qui traitent directement avec le patient. Ils font de leur mieux.



[Text]

Education is the answer, and it is not a satisfactory answer. I do not really think there is a better one. I do not know who would legislate otherwise.

**Ms Copps:** When you send your billing in now, as a physician in Ontario, you can send it in on disc. can you?

**Dr. McKerracher:** Yes, as far as I know.

**Ms Copps:** You send it in on disc. With pharmacare—I do not know what the name of it is for the drug plan for seniors; the Ontario Drug Benefit Plan—why can that not all be integrated on computer so you immediately have a good assessment of drugs that are being dispensed on a kind of overall basis, in the same way as you can with your disc billing?

**Mrs. Mills:** I believe I read something that in fact that is under review right now. I thought it was one of Mrs. Caplan's announcements—

**Ms Copps:** It is possible.

**Mrs. Mills:** —that they were looking into that very thing, so physicians would be able to dial a number and receive a list of all the medications that particular patient was on. It was a way of countering consumer abuse; consumers going to various physicians and getting double prescriptions. There would be some way to check this.

**Ms Copps:** In Alberta they have adopted some kind of a system, not for all drugs, but for the major addictive drugs. They have developed a cross-checking system. So you might see random checks, let us say, of . . . You may be able to see patterns. I know from my own community, when it comes to over-medication, I could tell you the doctors in my community by name who are famous for that. Their names get around. Then the seniors. . . or not just seniors, but somebody who wants medication, will eventually find out. They may only be one or two, but they can certainly build up a big client base.

**Dr. McKerracher:** I think the colleges are looking at that. I am sure the college in Toronto is looking at medication patterns. What that leads to I do not know.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** I think there is another consideration. I agree that over-medication of the elderly particularly is an educational problem that should be addressed. But I think you have to realize too that you have to educate in this way not only the doctors, the physicians, but the public. Most Canadians, when they go to see their doctors, expect to come back with a prescription for drugs. So especially in small communities, if the doctors do not give them the drugs they want, they go to the other doctor. I think it stems from the need of the patient to get some drugs, and it is

[Translation]

La solution c'est l'éducation, mais ce n'est pas une solution satisfaisante. Je ne crois pas qu'il y en ait de meilleure. Je ne sais pas qui pourrait légiférer un changement.

**Mme Copps:** En Ontario, les médecins peuvent-ils envoyer leurs factures sur disquettes?

**M. McKerracher:** Oui, pour autant que je sache.

**Mme Copps:** Vous l'envoyez sur disquette. Avec l'assurance-médicaments, je ne sais pas quel est le nom exact du régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées. . . Dans le cadre du régime de médicaments gratuits en Ontario, pourquoi ne pourrait-on pas stocker toutes les données sur ordinateur de sorte que l'on puisse savoir immédiatement quels médicaments sont prescrits, de façon générale, de la même façon que vous présentez vos factures sur disquettes?

**Mme Mills:** Je crois avoir lu en quelque part que cette formule fait l'objet d'un examen à l'heure actuelle. Il me semble que M<sup>me</sup> Caplan a annoncé. . .

**Mme Copps:** C'est possible.

**Mme Mills:** . . . que son ministère envisageait de mettre en place un tel mécanisme de sorte que les médecins pourraient composer un numéro et recevoir la liste de tous les médicaments prescrits à un patient. Ce mécanisme viserait à contrer l'abus par les consommateurs qui se présentent à divers médecins pour obtenir des ordonnances en double. Ce serait une façon de vérifier.

**Mme Copps:** L'Alberta a adopté un système de ce genre pas pour tous les médicaments, mais pour les principales substances créant l'accoutumance. Elle a mis au point un système de contre-vérification. Il permet, par exemple, de faire au hasard des vérifications de. . . Cela permet de repérer les tendances. Pour ma part, je saurais vous nommer les médecins de ma ville qui ont la réputation de trop prescrire de médicaments. Ils se font une réputation. Les personnes âgées et tous ceux qui veulent obtenir des médicaments finissent par l'apprendre. Il n'y en a peut-être qu'un ou deux, mais ils se font aisément une jolie clientèle.

**M. McKerracher:** Je pense que les collèges s'intéressent à ce problème. Je suis certain que le collège à Toronto fait une étude des tendances de médication. Ce que cela donnera, je n'en sais rien.

**Dr Deguise-Vaillancourt:** Un autre facteur doit être pris en ligne de compte. J'admets que la surmédication des personnes âgées est le résultat d'un problème d'éducation qu'il faudrait régler. Or, à mon avis, il faut éduquer non seulement les médecins mais la population aussi. Quand ils voient leurs médecins, la plupart des Canadiens s'attendent à sortir de son bureau avec une ordonnance en main. Ainsi, particulièrement dans les petites collectivités, si les médecins ne leur donnent pas les médicaments qu'ils veulent, ils s'adressent à un autre médecin. À mon avis, ce comportement reflète le besoin



[Texte]

passed on to the doctors. Maybe they should resist prescribing drugs a little more than they do at present.

**Ms Copps:** I do not buy that argument in totality, because it seems to me there is a pretty clear pattern also that women are over-medicated far more than men, and I do not think women seek out pills more than men.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** They receive more tranquilizers, if I remember correctly.

**Ms Copps:** But why?

• 1250

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Because they probably see their doctors more often for anxieties and for various similar situations. Probably they do not tolerate spending sleepless nights, so they want some sleeping pills. They are anxious, and they see their doctors. I did not do a study, but a man would perhaps be a little more resistant to do the same thing.

**Ms Copps:** Well, you see I think that is absolute nonsense. I do not think women are going to seek sleeping pills more than men. That is the type of anecdotal statement which... I think we should find that out. Why do we not find that out?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Yes.

**Ms Copps:** Not you, but the profession. If you do not look at those overall issues, getting one drug which is going to be better than another one is just patchwork. It does not deal with the fundamental problem of the doctor saying, "this woman is neurotic, give her a pill". Most of the studies show that it is not the patients who are seeking out the pills; it is the physicians who look upon that as a way of putting patients through the system.

**The Chairman:** I could answer that one too. Dr. McKerracher, did you want to respond?

**Dr. McKerracher:** All I wanted to say is that the person I know who knows most about this is Dr. Walter Rosser, Head of Family Medicine in Hamilton. He has done a great deal of research on drug administration. If you want somebody who knows something about it, he is the person.

**The Chairman:** He would be an excellent witness.

**Dr. McKerracher:** He would be.

**Mrs. Mills:** Just in response to your comment on over-institutionalization, the statistics are there. I think we have to be careful that we put the community systems in place so that we can co-ordinate the care, and return people to the community faster, but with better support systems. I think often those are lacking. I think the mode of care should also be evaluated. There certainly have been instances that heroic efforts were made to keep a

[Traduction]

du patient d'obtenir des médicaments et cela se transmet au médecin. Ils devraient peut-être être plus réticents qu'ils ne le sont maintenant à prescrire des médicaments.

**Mme Copps:** Cela ne me convainc pas tout à fait parce qu'il me semble assez manifeste que la surmédication est plus généralisée chez les femmes que chez les hommes, et je ne crois pas que les femmes réclament plus que les hommes des pilules.

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Si ma mémoire est fidèle, elles reçoivent davantage de tranquillisants.

**Mme Copps:** Oui, mais pourquoi?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Parce qu'elles voient sans doute leurs médecins plus souvent et parce qu'elles souffrent d'anxiété ou d'autres problèmes semblables. Elles ne tolèrent sans doute pas des nuits d'insomnie, alors elles demandent des somnifères. Elles sont anxieuses, et elles voient leur médecin. Je n'ai pas fait d'étude, mais un homme aurait peut-être un peu plus de résistance aux mêmes problèmes.

**Mme Copps:** Je pense que c'est tout à fait absurde. Je ne pense pas que les femmes demandent plus de somnifères que les hommes. Voilà le genre d'affirmation... Je pense que nous devrions tirer cela au clair. Pourquoi ne tirons-nous pas cela au clair?

**Dr. Deguise-Vaillancourt:** Oui.

**Mme Copps:** Pas vous, mais la profession. Si vous ne vous penchez pas sur ces questions générales, trouver un médicament qui soit plus efficace qu'un autre ne règle pas le problème. Ça ne règle pas le problème fondamental du médecin qui dit: «cette femme est neurotique, donnez-lui une pilule». La plupart des études indiquent que ce ne sont pas les patients qui demandent les pilules; ce sont les médecins qui considèrent cela comme un moyen de se débarrasser rapidement d'un patient.

**Le président:** Je pourrais répondre moi aussi. Docteur McKerracher, voulez-vous répondre?

**M. McKerracher:** Tout ce que je voulais dire, c'est qu'à mon avis, la personne qui en connaît le plus à ce sujet est le Dr. Walter Rosser, chef du service de médecine familiale à Hamilton. Il a fait pas mal de recherches sur l'administration des médicaments. Si vous voulez quelqu'un qui connaît bien le sujet, c'est à lui que vous devriez vous adresser.

**Le président:** Il serait un excellent témoin.

**M. McKerracher:** Oui.

**Mme Mills:** Pour répondre à votre commentaire sur la surinstitutionnalisation, les statistiques sont là. Je pense que nous devons veiller à mettre en place les services communautaires nécessaires pour que nous puissions coordonner les soins et retourner les gens dans la communauté plus rapidement, mais en leur offrant de meilleurs services d'appoint. Je pense que ce sont souvent ces services qui manquent. Il faudrait également évaluer le

[Text]

person in the community, but in terms of the overall health care system it was shown to be very cost inefficient. I agree that those kinds of services are certainly needed, but they should also be evaluated.

**Ms Coppes:** They are going to be costly. I do not necessarily think they are going to result in as big a savings as some people say, because if you do not have the proper support systems, then keeping somebody at home is not an option.

**Mr. McCrossan:** You mentioned that the experiment that is going on at Sunnybrook, the concept of taking the HMO practice and having the physicians responsible for allocating the amounts of service, is one that has proven to deliver high-quality, inexpensive care in certain parts of the States. I think you referred to Salt Lake City in another aspect, but it has certainly taken over in the mid-west. To what extent do you think this experiment is worth replicating in other hospitals as a promising model?

**Mrs. Mills:** With respect, I think we are confusing two different models. The HMO model is certainly in place. . . The Toronto hospital is planning to put an HMO model in place. There is certainly a family practice unit at Sunnybrook, and there is a similar system at McMaster, I believe, but it is not the HMO model that I was referring to when I was talking about program management by physicians.

For their service or the program they are running, they are given a certain allocation of funds and they are responsible for managing within that global amount. They are going to be monitoring their colleagues. They are going to want to ensure that tests that are done are in fact required, and that they can justify the results.

**Mr. McCrossan:** In effect you have a peer review system as to the efficacy of the medical expenditure.

**Mrs. Mills:** That is correct. Now there are peer review systems built into hospitals—you are aware of the advisory committees—but because the bottom line is the dollars and they all need to work within that, there is a lot more incentive to manage.

**Mr. McCrossan:** I gather that caused a fair amount of, if I can use the word, trauma in a non-medical sense when it was first introduced at Sunnybrook; that was certainly an anecdote that I heard.

• 1255

**Mrs. Mills:** They have had two experimental units going and are now looking towards implementing them

[Translation]

mode de soins. Il y a certainement des cas où des efforts héroïques ont été déployés pour garder une personne dans la communauté, mais par rapport au système global des soins de la santé, on a constaté que c'était très peu rentable. Je conviens que ce genre de services sont certainement nécessaires, mais ils devraient également être évalués.

**Mme Coppes:** Ils seront coûteux. Je ne pense pas nécessairement qu'ils permettront de réaliser autant d'économies que certaines personnes le prétendent, parce que, si l'on n'a pas les services d'appui nécessaires, alors il n'est pas possible de garder quelqu'un à la maison.

**M. McCrossan:** Vous avez parlé de l'expérience qui se fait à Sunnybrook, où l'on suit le modèle américain en confiant aux médecins la responsabilité de la gestion des fonds affectés au service, et vous avez dit que ce modèle permettait d'offrir des soins peu coûteux et de haute qualité dans certaines régions des États-Unis. Je pense que vous avez fait allusion à Salt Lake City sous un autre aspect, mais cette façon de pratiquer la médecine a certainement été adoptée dans le Mid-West. Dans quelle mesure, à votre avis, cette expérience vaut-elle la peine d'être répétée dans d'autres hôpitaux?

**Mme Mills:** Sans vouloir vous contredire, je pense que nous confondons deux modèles différents. Le modèle américain est certainement en place. . . L'hôpital de Toronto prévoit mettre en place un modèle américain. Il y a certainement une unité de pratique familiale à Sunnybrook, et il existe un système semblable à McMaster, je crois, mais il ne s'agit pas du modèle américain auquel je faisais allusion lorsque j'ai parlé du programme de gestion par les médecins.

Pour leur service ou le programme qu'ils administrent, on leur alloue certains fonds et ils doivent s'en tirer avec cette somme globale, de sorte qu'ils vont surveiller leurs collègues, et voudront veiller à ce que les tests qui sont effectués sont réellement nécessaires, et qu'ils peuvent justifier les résultats.

**M. McCrossan:** En fait, vous avez un système d'évaluation confraternel de l'efficacité des dépenses médicales.

**Mme Mills:** C'est exact. Il y a effectivement des évaluations confraternelles intégrées aux hôpitaux—vous connaissez les comités consultatifs—mais étant donné que l'important, c'est qu'ils doivent tous fonctionner dans les limites de leurs budgets, cela les encourage beaucoup plus à gérer ces fonds.

**M. McCrossan:** Je crois comprendre que cela a causé pas mal de traumatisme, au sens non médical du mot, lorsque cette méthode a été adoptée à Sunnybrook; du moins c'est certainement ce que j'ai entendu dire.

**Mme Mills:** Ils avaient deux unités expérimentales et ils étudient actuellement la possibilité de les mettre en



[Texte]

centre-wide. I think there were certainly some shifts in management and a few other problems initially.

**Mr. McCrossan:** Does this provide a useful model? Is this experiment being replicated in other places in Ontario?

**Mrs. Mills:** Sunnybrook is the only hospital that has put it into place to this extent. Other hospitals are looking at it.

**Dr. McKerracher:** A lot of people are looking at program management across the country. It is fashionable and is probably going to develop into a number of models. I know they are looking at it in Winnipeg. The Ottawa Civic Hospital has a couple of pilot projects going and other people have as well.

**Mr. McCrossan:** This shows promise of delivering better care at a controlled price.

**Dr. McKerracher:** I think it controls the costs. It gets better cost benefits because the physicians have to recognize that what they are doing costs actual dollars. They have to decide what the benefits are. When they are faced with it, they do it well, but they have not been faced with it by the system before.

**Mr. McCrossan:** It is turning physicians into managers.

**Dr. McKerracher:** They have to do some management training. That is the next issue. I think it is the best way to do it, but that is an opinion.

**Mr. McCrossan:** Would it be worthwhile for the committee to hear from people involved in the Sunnybrook experiment? Is it unique and does it have that amount of promise? It has been suggested to me that we might want to do it.

**Dr. McKerracher:** I would think so.

**Mrs. Mills:** If you have a copy of our annual report, Peter Ellis is the Chief Executive Officer at Sunnybrook Medical Centre. They put on a seminar about six weeks ago about this very program. I am sure he would welcome the participation.

**The Chairman:** I think we have come to the end of our question period and I thank our four panelists for being here. I apologize for the long delay in getting started, but I think the discussion has made it worth your waiting and our waiting. We may not be always effective in getting our committee members here on time, but we managed to get the bell stopped. We hope to have relief this afternoon.

On behalf of the committee, many thanks to all four of you for being with us today. We know where you can be accessed if we need to get more help from you as we work with our study of this whole issue. Thank you very much.

[Traduction]

oeuvre dans tout le centre. Je pense qu'il y a certainement eu certains changements au niveau de la gestion et quelques autres problèmes initialement.

**M. McCrossan:** S'agit-il d'un modèle utile? Répète-t-on l'expérience à d'autres endroits en Ontario?

**Mme Mills:** Sunnybrook est le seul hôpital qui en ait fait l'expérience dans cette mesure. D'autres hôpitaux envisagent cette possibilité.

**M. McKerracher:** De nombreuses personnes étudient la possibilité de la gestion des programmes au pays. C'est à la mode, mais cela donnera sans doute lieu à l'élaboration d'un certain nombre de modèles. Je sais qu'ils envisagent cette possibilité à Winnipeg. L'hôpital Civic d'Ottawa a quelques projets pilotes en cours, et d'autres hôpitaux également.

**M. McCrossan:** Cela permet d'espérer que l'on puisse offrir de meilleurs soins à un prix contrôlé.

**M. McKerracher:** Je pense que cela permet de contrôler les coûts, parce que les médecins doivent reconnaître que ce qu'ils font coûte de l'argent. Ils doivent décider quels sont les avantages. Lorsqu'ils doivent le faire, ils le font bien, mais le système ne les a jamais obligés à le faire auparavant.

**M. McCrossan:** On est en train de transformer les médecins en gestionnaires.

**M. McKerracher:** Ils doivent suivre une certaine formation en gestion. Voilà la prochaine question. Je pense que c'est le meilleur moyen de le faire, mais ce n'est que mon opinion.

**M. McCrossan:** Serait-il utile au comité d'entendre le témoignage de personnes qui ont participé à l'expérience de Sunnybrook? Il s'agit d'une expérience unique, et est-elle si prometteuse qu'on le prétend? On m'a laissé entendre qu'il serait peut-être pour nous utile de le faire.

**M. McKerracher:** Je le pense.

**Mme Mills:** Si vous avez un exemplaire de notre rapport annuel, Peter Ellis est le directeur général du Centre médical Sunnybrook. Ils ont tenu un colloque il y a environ six semaines au sujet de ce programme. Je suis certaine qu'ils seraient heureux de participer.

**Le président:** Je crois que nous devons mettre fin à la période de questions, et je remercie nos quatre invités. Je m'excuse du long retard à commencer, mais je crois qu'il valait la peine que vous attendiez et que nous attendions étant donné l'excellent entretien que nous avons eu. Les membres de notre comité ne sont peut-être pas toujours très ponctuels, mais nous avons réussi à faire arrêter la sonnerie. Nous espérons que l'on nous épargnera cet après-midi.

Au nom du comité, je tiens à vous remercier tous les quatre d'être venus ici aujourd'hui. Nous savons où vous trouver si nous avons encore besoin de votre aide dans le cadre de notre étude du régime de soins de la santé. Merci beaucoup.



## [Text]

This meeting now stands adjourned until 3.30 p.m.

## [Translation]

La séance est levée jusqu'à 15h30.

## AFTERNOON SITTING

• 1534

**The Chairman:** Order, please. The Chair sees a quorum to continue our meeting, which was adjourned at 1 o'clock earlier this afternoon.

We have as our witnesses this afternoon a representation from the Canadian Medical Association led by their President, Dr. Athol Roberts, together with Dr. Mark Baltzan, a past president of the CMA, who is scheduled to appear later, unless the witnesses wish to appear together. But I think we could perhaps leave Dr. Baltzan to later since he—

• 1535

**Ms Mitchell:** It might be an advantage to the committee members, because some of us do have things to do later.

**The Chairman:** Their briefs are quite different, so I think it would be better for them to appear separately. Dr. Baltzan has a rather unique sort of brief.

I welcome you on behalf of the committee, gentlemen, and wish you well for your visit here in Ottawa. We are delighted to have the CMA here today. Obviously I, as a member of the CMA, am proud to have you here with us today.

You are aware of the concerns the committee has regarding the status of health care in the country and some of the funding aspects. We certainly welcome your brief at this time, after which we will proceed with questions from members of the committee. We have until about 5 p.m., according to our timetable. Should we run out of questions, we could invite Dr. Baltzan to join us at an earlier time, if that met with the pleasure of yourselves and the committee.

Dr. Roberts, do you wish to introduce your colleagues to the committee?

**Dr. Athol L. Roberts (President, Canadian Medical Association):** Yes. Thank you very much, Mr. Chairman. Let me say that the Canadian Medical Association is very pleased to present its views on a number of critical health care issues that are of highest priority, particularly when considering future health care financing and the general protection and improvement of our delegation.

I would now like to introduce you to the members of our delegation: Mr. Douglas Geekie, the Director of the CMA Department of Communications and Government Relations; Dr. Ed Moran, a member of the CMA board—Dr. Moran comes from Scarborough, Ontario; Dr. Colin McMillan, Chairman of our Council on Economics; and

## SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

**Le président:** À l'ordre. Comme nous avons le quorum, nous pouvons poursuivre notre réunion, qui a été interrompue à 13 heures cet après-midi.

Nous entendrons des témoignages de l'Association médicale canadienne, représentée par son président, le D<sup>r</sup> Athol Roberts, et un ancien président, le D<sup>r</sup> Mark Baltzan, qui témoignera plus tard, à moins que les deux ne désirent témoigner en même temps. Selon moi, nous pourrions peut-être attendre à plus tard pour entendre le D<sup>r</sup> Baltzan puisqu'il. . .

**Mme Mitchell:** Il serait peut-être préférable pour les membres du Comité d'entendre les deux en même temps parce que certains d'entre nous ont d'autres engagements plus tard.

**Le président:** Comme leurs mémoires sont très différents, je pense qu'il serait préférable d'entendre les deux séparément. Le mémoire du Dr Baltzan est quelque peu spécial.

Messieurs, au nom du Comité, je vous souhaite la bienvenue et un bon séjour à Ottawa. Nous sommes ravis d'entendre les témoignages de l'AMC aujourd'hui. Comme je fais moi-même partie de cette association, je suis fier que vous soyez parmi nous aujourd'hui.

Vous êtes au courant des préoccupations du Comité au sujet du système des soins de santé du Canada et de certains aspects de son financement. Nous serons très heureux d'entendre votre exposé, après quoi les membres du Comité vous poseront des questions. Notre programme nous donne jusqu'à 17 heures environ. Si nous manquons de questions, nous pourrions demander au D<sup>r</sup> Baltzan de se joindre à nous plus tôt que prévu, si vous-même et le Comité êtes d'accord.

Voulez-vous présenter vos collègues au Comité, docteur Roberts?

**Dr Athol L. Roberts (président, Association médicale canadienne):** Oui. Merci beaucoup, monsieur le président. L'Association médicale canadienne est très heureuse de donner son avis sur diverses questions, qui revêtent la plus haute importance pour les soins de santé, surtout au moment où l'on se préoccupe des soins de santé ainsi que de la protection et l'amélioration générale de nos services.

Je voudrais maintenant vous présenter les membres de notre délégation: M. Douglas Geekie, directeur, département des communications et des relations gouvernementales de l'AMC, le D<sup>r</sup> Ed Moran, de Scarborough, en Ontario, qui est membre du conseil d'administration de l'AMC, le D<sup>r</sup> Colin McMillan.

[Texte]

Mr. Orvill Adams, Director of the CMA Department of Medical Economics.

Our brief, Mr. Chairman, covers a broad range of health care concerns, but does not, and cannot in the space and time allotted, include all of CMA's views on these matters. I am going to restrict my remarks this time with the hope that they will act as a catalyst for discussion which I hope will follow.

As we are all aware, the Canadian health care system cannot be viewed as a single system, but instead depends on a complex set of arrangements between both the federal and provincial governments. The CMA continues to support the role of the federal government in providing the provinces with an adequate level of health care funding which allows for a national character as well as a reduction of inequities within the present health care system. We also believe that the federal government has a moral and a legislative responsibility to see that there is continued improvement in the health care system.

Financial restraints have placed enormous pressures on almost every aspect of health care. The CMA, in the face of increasing consumer demand, has watched anxiously as the health care program rate of funding has been reduced. We have requested that the federal government sit with the provincial governments to re-examine the EPF arrangements in order to seek a mechanism that will reduce disparities across the country in the health care sector.

The actions of a number of provincial governments demonstrate that they are either less willing or able to provide the range of services they previously supplied. The introduction of new programs has also been severely constrained.

We believe there is an immediate need for the study of viable private sector involvement, with appropriate guidelines being set to guarantee the integrity of the current system.

The association has also monitored and is very interested in the development of alternative delivery mechanisms such as community health clinics, health service organizations, and health maintenance organizations. But we believe it imperative that there continue to be an emphasis on the maintenance of quality care.

Health care for the elderly accounts for a disproportionately larger share of the total health care expenditures. Financial stresses will increase as the percentage of elderly in our population mushrooms in the next few decades.

[Traduction]

président de notre conseil sur l'économie, et M. Orvill Adams, directeur du département d'économie médicale de l'AMC.

Notre mémoire porte sur toute sorte de questions liées aux soins de santé, mais vu le manque d'espace et le temps dont nous disposons, nous ne pouvions pas y donner toutes les vues de l'AMC sur ces questions. Je n'entrerai donc pas dans le détail cet après-midi, mais j'espère que mes observations serviront de catalyseur pour la discussion qui suivra.

Comme nous le savons tous, le système de santé canadien n'est pas monolithique, mais se fonde sur un ensemble complexe d'arrangements entre les gouvernements fédéral et provinciaux. L'AMC continue d'appuyer le gouvernement fédéral dans son rôle qui consiste à assurer un niveau suffisant de financement aux provinces afin de donner un caractère national aux soins de santé et d'y réduire les inégalités actuelles. Nous croyons aussi que le gouvernement fédéral est investi de la responsabilité morale et législative de veiller à l'amélioration constante de la qualité du système de soins de santé.

Les restrictions financières ont exercé d'énormes pressions sur presque tous les aspects des soins de santé. Devant la demande croissante et les attentes de la clientèle, l'AMC s'inquiète de la réduction du financement accordé à la prestation des services de soins de santé. Nous avons invité le gouvernement fédéral réexamine avec les gouvernements provinciaux leurs arrangements de FPE afin de parvenir à un mécanisme qui contribuera directement à réduire les disparités dans la prestation des soins de santé au Canada.

Compte tenu des mesures prises par certains gouvernements provinciaux, ceux-ci semblent moins désireux ou moins capables d'assurer la même gamme de services qu'auparavant. En outre, l'adoption de nouveaux programmes se heurte à de sérieux obstacles.

L'AMC estime qu'il faut entreprendre une étude objective de ce qui constituerait une participation viable du secteur privé et établir des lignes directrices pour garantir l'intégrité du système actuel.

L'association a aussi suivi de près et avec beaucoup d'intérêt la mise au point de nouveaux mécanismes de prestation de soins, notamment les centres de santé communautaires, les organismes de services de santé et les organismes de maintien de la santé. Nous croyons cependant essentiel de continuer d'insister sur le maintien de la qualité des soins.

Les soins de santé pour les personnes âgées représentent une partie disproportionnée de l'ensemble des dépenses pour les soins de santé. Les pressions financières augmenteront au même rythme que le pourcentage de personnes âgées dans notre population au cours des prochaines décennies.



[Text]

[Translation]

• 1540

In order to deal with these pressures, the CMA supports ongoing assessments of effectiveness of services to the aged. There is need for better integration and co-ordination of such services, and this must apply for community as well as institutional care. Governments need to promote demonstration projects that incorporate an appropriate balance of levels of care within the health and social service system.

The contribution of the growth in medical technology to the increase in health care costs is at present unclear. In response to a paucity of research in this area, we urge the federal government to recognize this area as a high priority and to make the necessary funds available. There is also an opportunity for governments, through the federal-provincial health care committee structure, to work with the medical profession and others to address the issues of technology assessment.

There is a recognized need for a greater emphasis on improving management within the health care sector. The CMA actively encourages the development of information systems to relate specific components of patient care to cost and encourages physicians to be involved in this area.

In response to a scarcity of resources, in competition with other sectors of the Canadian economy, there have been several provincial reviews of health care delivery systems. We recommend that the federal government, using these study results, organize a national conference for 1990 on the future of the Canadian health care delivery system.

I do not wish, Mr. Chairman, to diminish the importance of other relevant areas of concern to the CMA, such as manpower planning, health promotion and medical liability, but I want to leave as much time as possible for discussion. Thank you again, sir, for the opportunity to address the committee on these matters of great concern to the Canadian Medical Association. We are now prepared to receive questions.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Roberts. You have done an excellent job of summarizing in a very few minutes a fairly intensive brief. We thank you for that.

We will start with Ms Mitchell first.

**Ms Mitchell:** I would like to congratulate you. I looked at this bundle of goodies here and I am just amazed at such a concise summary. But certainly I think you have highlighted the issues and we will appreciate your advice on them.

Compte tenu de ces pressions, l'AMC préconise une évaluation continue de l'efficacité des services pour les personnes âgées. Il faut une meilleure intégration et une meilleure coordination de ces services, tout autant pour les soins offerts dans la communauté que pour ceux dispensés dans des établissements. Les gouvernements doivent promouvoir des projets de démonstration qui comprennent plusieurs niveaux de soins, pour en arriver à un plus juste équilibre, dans un régime qui regroupe à la fois les services de soins et les services sociaux.

La part de la technologie médicale dans l'augmentation des coûts de soins de santé n'est pas vraiment claire à l'heure actuelle. Vu le peu de recherches effectuées dans ce domaine, nous incitons le gouvernement fédéral à traiter cette question comme prioritaire et à débloquer à cette fin les fonds nécessaires. Grâce aux comités mixtes fédéraux-provinciaux sur les soins de santé, les gouvernements ont aussi l'occasion de collaborer avec la profession médicale et les autres intéressés pour examiner les questions liées à l'évaluation des technologies.

Nous savons qu'il faut insister davantage sur l'amélioration de la gestion dans le secteur des soins de santé. L'AMC préconise la mise au point de systèmes d'information pour mettre en évidence le coût des divers éléments de soins, et elle encourage les médecins à y participer.

Comme les ressources restreintes dont nous disposons doivent être réparties entre les soins de santé et les autres secteurs de l'économie du Canada, les systèmes de prestation des soins de santé ont fait l'objet de nombreux examens à l'échelon provincial. Nous recommandons que le gouvernement fédéral, à partir des résultats de ces études, organise en 1990 une conférence nationale sur l'avenir du système de prestation des soins de santé.

Je ne veux pas minimiser l'importance des autres questions qui préoccupent l'AMC, notamment la planification de la main-d'oeuvre, la promotion de la santé et la responsabilité de la profession médicale, mais je veux qu'il nous reste le plus de temps possible pour nos échanges de vues. Monsieur le président, je vous remercie encore une fois de nous avoir permis d'exposer au comité ces questions, qui préoccupent énormément l'Association médicale canadienne. Nous répondrons maintenant à vos questions.

**Le président:** Merci, Dr Roberts. Vous avez très bien résumé un mémoire très touffu dans l'espace de quelques minutes. Nous vous en remercions.

Nous commencerons par M<sup>me</sup> Mitchell.

**Mme Mitchell:** Je tiens à vous féliciter. J'ai jeté un coup d'oeil à votre documentation et je suis fort impressionnée de voir que vous avez pu en donner un résumé aussi concis. Vous avez certes mis en lumière les points importants et nous vous serons reconnaissants de ce que vous pourrez nous dire à ce sujet.



[Texte]

One of the things that I think you referred to is the responsibility of the federal government both to maintain quality of health care and also to improve services. I assume improving would include also moving into alternative delivery systems as well as maintaining the essential services and improving the ones we have now.

You noted that in the Michael Wilson budget of 1984 there was a cut-back that really reduces contributions to health care by \$4 billion, and \$4 billion is a lot of money. I wonder if you could give us some indication of what the impact of this is. I think some of us, particularly coming from British Columbia, can take a guess at what some of the impacts are, but could you be more specific about the impacts of these cuts on health care generally?

**Dr. Roberts:** Thanks you very much, Ms Mitchell. Mr. Chairman, do I have your permission to refer questions to members who are here with me?

**The Chairman:** I think we are happy to have you refer to them, or other panelists can just come forward and add their comments as it seems appropriate.

**Dr. Colin McMillan (Chairman, Council on Economics, Canadian Medical Association):** Mr. Chairman, if I might, our economics council looked at this when it was projected and eventually became part of the legislation. We were particularly concerned over what I guess you would call a cut-back or a less-than-anticipated increase. But certainly in some parts of the country, five or six provinces, where the local GNP was below the median and where I think it had been acknowledged at all levels that the amount of money devoted to health care against the national average was something like 20% less, this would have a particularly detrimental effect on the delivery of health care, even allowing for the fact that the federal money would come down not specified necessarily for health or particular programs.

So after a study of this and the legislation, an official recommendation was made from our economics council to the CMA board that became part of our policy that those areas so affected be exempted from this less-than-anticipated increase and the original increase be passed through.

• 1545

However, I think this was not accepted by the government because of the broader aspects of restraint. But it was an official policy that came out of our economics committee on the basis of the study, with particular reference to Atlantic Canada and Manitoba, that the previously hoped-for increases would be maintained through the remainder of that EPF period.

[Traduction]

Si je ne m'abuse, vous avez mentionné la responsabilité du gouvernement fédéral pour ce qui est de maintenir la qualité des soins de santé et d'améliorer les services. J'imagine que l'amélioration des services comprendrait l'utilisation de nouveaux mécanismes de prestation, en plus du maintien des services essentiels et de l'amélioration des services actuels.

Le budget de 1984 de Michael Wilson annonçait une réduction de quatre milliards de dollars des fonds affectés aux soins de santé, ce qui constitue un montant considérable. Pouvez-vous nous donner une idée des conséquences de cette décision? Certains d'entre nous, surtout ceux qui sont originaires de Colombie-Britannique, peuvent sans doute deviner certaines de ces conséquences, mais pouvez-vous nous donner une idée plus précise du résultat de ces restrictions budgétaires sur les soins de santé en général?

**Dr Roberts:** Merci beaucoup, madame Mitchell. Monsieur le président, puis-je demander à d'autres membres de l'AMC de répondre à certaines questions?

**Le président:** Vous pouvez certainement demander à d'autres de répondre aux questions, ou bien ils pourront donner leur avis de leur propre chef si cela semble approprié.

**Dr Colin McMillan (président, Conseil de l'économie, Association médicale canadienne):** Monsieur le président, notre conseil de l'économie a examiné les conséquences de cette décision quand elle a été annoncée et que la loi a été modifiée en conséquence. Nous nous inquiétons particulièrement de ce qu'on pourrait appeler la compression budgétaire ou la réduction de l'augmentation prévue. Nous craignons que cette décision n'ait des conséquences particulièrement néfastes sur la prestation des soins de santé dans certaines régions du pays, notamment cinq ou six provinces, dont le revenu est inférieur à la moyenne et qui consacrent au soins de santé à peu près 20 p. 100 de moins d'argent que les autres régions, même si les fonds reçus du gouvernement fédéral ne sont pas affectés de façon précise aux services de santé ou à d'autres programmes précis.

Après avoir examiné cette annonce et la mesure législative qui en a découlé, notre conseil de l'économie a officiellement recommandé au conseil d'administration de l'AMC que cette compression budgétaire ne s'applique pas aux régions particulièrement défavorisées et que leur niveau de financement soit augmenté comme prévu.

Le gouvernement n'a cependant pas accepté notre recommandation à cause des autres facteurs en jeu, mais elle reflétait la politique officielle adoptée par l'AMC à la suite de l'étude menée par notre comité sur l'économie, notamment sur les conséquences pour les régions de l'Atlantique et le Manitoba, et dans laquelle il recommandait que les augmentations prévues soient maintenues pour tout le reste de la période FPE.

## [Text]

More specifically, in terms of how it would affect the delivery of health care, I think the initial impact in those provinces was that some of the provinces had already initiated programs in anticipation of the original amount, and therefore, probably through one mechanism or other, would have to cut back those increases or reallocate funds. It is difficult to give specific examples in individual jurisdictions, but we were aware that they had already projected those increases and infused those into the planning stages of health care delivery.

**Ms Mitchell:** As I am sure you know, the minister has produced really quite an excellent theoretical document on promoting health and well-being. I forget the exact name of the document.

**The Chairman:** *Achieving Health for All.*

**Ms Mitchell:** Of course, and I certainly would support the principles in that document. But I just wonder how it is possible to move in that direction—and it is very essential that we do move in that direction—and maintain essential services with these kinds of cuts, while at the same time trying to encourage more community health clinics and more supports for elderly people that are perhaps provided by para- or non-medical personnel that are so essential to prevent increasing costs and increasing sickness. Have you any suggestions on how we can do that?

**Dr. Ed Moran (Member, Board of Directors, Canadian Medical Association):** It is not going to be easy, Mrs. Mitchell. We do not really have a magic answer at all. In partial response to your earlier question, part of the problem is that dollars are not attributable. They all come out of the public purse, and if it is the Ontario public purse we are not able to find cause and effect between a specific piece of federal legislation and problems in the system.

The problems in Ontario are very considerable. The system is groaning in all of its parts. The question comes up about whether or not there are more cost efficient ways to use the available resources, and we are trying to develop a mechanism whereby we can sit down with government and examine various options. Along with those options I really hope the concept of HSOs or community health centres will be front and centre. There is a lot of rhetoric and a lot of conventional wisdom which would suggest that there is some sort of panacea in altering the structure whereby we deliver. That may well be so. We would like to see some tangible evidence, so we know where we land before we jump.

We are very supportive of investing more funds into community support systems. We believe, I guess more on the basis of self-evident truth, that if we can provide more community support systems—visiting nurses, homemakers, meals on wheels—we can keep people out of institutions longer, and we think that is better for the budget and better for the people. But we really do not have any direct evidence about what is the correct way to

## [Translation]

Pour ce qui est des conséquences sur la prestation des soins de santé, dès le départ, certaines provinces avaient déjà lancé de nouveaux programmes parce qu'elles comptaient recevoir le montant prévu au départ et ont sans doute été obligées de réduire les augmentations envisagées ou de réaffecter leurs fonds. Il est difficile de donner des exemples précis, mais nous savons que ces provinces avaient déjà planifié de nouvelles dépenses pour la prestation des soins de santé en fonction des augmentations prévues.

**Mme Mitchell:** Comme vous le savez certainement, le ministre a publié un document théorique excellent sur la promotion de la santé et du bien-être. J'oublie le titre exact.

**Le président:** *Achieving Health for All.*

**Mme Mitchell:** Bien sûr. Je suis moi-même d'accord avec les principes énoncés dans ce document, mais je me demande comment on peut aller dans ce sens—et c'est d'une importance primordiale—et maintenir les services essentiels avec de telles compressions budgétaires, tout en encourageant l'établissement de centres de santé communautaires plus nombreux et de services pour personnes âgées dispensés par des travailleurs paramédicaux, qui sont essentiels pour empêcher l'augmentation des frais de maladie. Avez-vous des idées là-dessus?

**Dr Ed Moran (membre du Conseil d'administration, Association médicale canadienne):** Ce ne sera pas facile, madame Mitchell. Nous n'avons pas de solution magique. Le problème vient partiellement du fait que nous ne pouvons pas déterminer où l'argent ira. Tous les fonds viennent du trésor public. S'il s'agit de l'Ontario, nous ne pouvons pas établir le lien entre une mesure fédérale quelconque et les problèmes du système de soins.

Il y a de graves problèmes en Ontario. Tous les aspects du système laissent à désirer. Il s'agit de savoir s'il existe des façons plus rentables d'utiliser les ressources disponibles, et nous essayons de mettre au point un mécanisme qui nous permettra de collaborer avec le gouvernement pour examiner diverses possibilités. J'espère que l'on se concentrera pour le moment sur le principe des organismes des services de santé et des centres de santé communautaires. Bien des gens ont l'impression que la solution consisterait à modifier la structure du système. C'est peut-être vrai, mais nous voudrions en être certains avant d'entamer le processus.

Nous sommes tout à fait d'accord pour investir davantage dans les services de soutien communautaire. Nous sommes convaincus, et c'est d'ailleurs évident, que si nous fournissons des services de soutien communautaire, par exemple des infirmières visiteuses, des aides-ménagères et des services de repas, les gens pourront rester chez eux plus longtemps, ce qui est préférable tant pour le budget que pour les malades eux-



[Texte]

do it. I have no idea where the money is going to come from.

**Ms Mitchell:** There was a suggestion made at the time the Canada Health Act was being revised or changed a few years ago, and I was talking to Bill Blaikie about it today. He was on that committee at the time, and he said one of the things they did recommend was that perhaps there should be a specific fund allocated for community health models. I guess there is still a demonstration to be done there, but that might be one mechanism that would be used. I just wonder if we almost should not have a different method of funding. I am more accustomed to dealing with the Canada Assistance Plan where the provinces are paid back 50% of the cost.

I just wondered if you had any suggestions on mechanisms that might give a higher proportion of our health dollar to the community—there has to be the political will, I know—in preventive and supportive kinds of health care. I think only 10% of the health dollar is going in that direction right now.

• 1550

**Dr. C. McMillan:** I think you are getting, though, into complex jurisdictional areas between the federal and provincial governments. Our organization, as you know, has a major legal conflict over that jurisdiction now with the federal government. Constitutionally the end of delivery decisions rests with the provinces.

I think if you were to promote an add-on component or a select component, through the health act or some other mechanism federally, earmarked for this area, you are going to raise a whole other set of jurisdictional disputes which really throws it back into the political legal jurisdiction.

**Ms Mitchell:** So I guess at the provincial level there should be much more effort going on, but I still think the federal government surely has a facilitating role, or an incentive role of some kind that is stronger than it is now.

**Dr. Moran:** Once again when you get into the business of prevention and promotion, there is a lot of rhetoric and conventional wisdom that surrounds that too. We do not really know whether the problem is lack of information or whether it is lack of will to adopt appropriate lifestyles. I think the issue of the percentage of the health care dollar that goes to prevention, and promotion is wildly skewed. There is a whole host of health care providers who provide prevention and promotion as a part of their normal endeavour: certainly family doctors, public health nurses, nurses in general, psychologists and a whole lot of people. You have to guard against making a political case on the basis of spurious evidence.

[Traduction]

mêmes. Nous n'avons cependant pas vraiment d'indications sur la bonne façon de procéder. Je ne sais pas du tout d'où viendra l'argent.

**Mme Mitchell:** On a proposé quelque chose au moment du remaniement de la Loi canadienne sur la santé il y a quelques années, et j'en parlais justement aujourd'hui à Bill Blaikie, qui faisait partie du comité à l'époque, et il disait que le comité avait recommandé notamment d'affecter des fonds à des projets modèles pour des centres de santé communautaires. J'imagine qu'il faudrait encore mettre de tels projets sur pied, mais ce serait une possibilité. Je me demande même s'il ne faudrait pas une méthode de financement différente. Je connais mieux le régime d'Assistance publique du Canada, pour lequel on rembourse aux provinces 50 p. 100 de leurs frais.

Pourriez-vous nous proposer des mécanismes qui permettraient de consacrer une plus grande partie des fonds affectés à la santé aux services de prévention et de soutien dans la communauté? Je sais qu'il faut de la volonté politique pour le faire, mais je pense que l'on ne consacre que 10 p. 100 du budget de la santé à ces services à l'heure actuelle.

**Dr C. McMillan:** Cela touche cependant les questions fort complexes qui mettent en cause la compétence des gouvernements fédéral et provinciaux. Comme vous le savez, notre association est maintenant mêlée à un litige important à ce sujet avec le gouvernement fédéral. Du point de vue constitutionnel, ce sont les provinces qui décident éventuellement de la prestation des services.

Si l'on décidait de promouvoir un service particulier dans le cadre de la Loi sur la santé ou d'un autre mécanisme fédéral, on créerait toutes sortes de conflits de compétence du point de vue politique et juridique.

**Mme Mitchell:** On devrait donc faire bien davantage à l'échelon provincial, mais je crois malgré tout que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle plus actif pour encourager les provinces.

**Dr Moran:** On dit aussi beaucoup de choses quand il est question de prévention et de promotion. Nous ne savons pas si le problème dépend d'un manque de renseignements ou du manque de volonté de modifier son mode de vie. Selon moi, il me semble que les avis sur le pourcentage des fonds affectés à la santé qu'on utilise pour la prévention et la promotion est extrêmement faussé. Il y a toutes sortes de professionnels de la santé qui assurent des services de prévention et de promotion, des gens comme les médecins de famille, les infirmières de l'hygiène publique, les infirmières en général, les psychologues et bien d'autres. Il faut se garder de faire des affirmations politiques en se fondant sur des données fausses.



**[Text]**

I think it might be very worthwhile for the federal government, or any other level of government, to try to pilot the cost-benefit we get on investing this much resource in that kind of preventive promotional activity.

Once again I would hate to see the system move by lurch, and then find out five years later that we had it wrong. I think a lot of pilot studies could be done; perhaps we should encourage pilots rather than force programs. One of my biases, for example, is that an expanded role for the public health nurse might be a very key move in developing community support systems; perhaps give her an executive responsibility for doing that.

If I had one decision to make on health, I think I would fund public health units at a much greater level with the condition that they use the money to turn loose an army of public health nurses.

**Ms Mitchell:** And that they in turn mobilize other community resources. I know in my riding, for example, the Homemakers Outreach Service does a wonderful service. A lot of them are immigrant women who have some training.

**Dr. Moran:** We agree.

**Ms Mitchell:** I would certainly support that suggestion.

**The Chairman:** Dr. Roberts, did you wish to add anything?

**Dr. Roberts:** Certainly there is strong evidence of necessity for co-ordination of activities.

**Ms Mitchell:** Yes.

**Dr. Roberts:** The activities taking place are well and right by individuals or individual sectors, but more efficiency would come into the system if these were carefully co-ordinated.

**Ms Mitchell:** I often wonder also if we should be looking at what is happening in the north. In our urban centres we have such highly sophisticated services. Some people would say that we have a lot of physician-dominated services, which is traditional. But in the north, where we do not have the resources, in some communities there is an evolution of a slightly different model. I would suspect that nurses are have a much different role in the north probably than they would in an urban centre.

**Dr. Roberts:** Indeed they are, of necessity.

**Dr. C. McMillan:** But so do family physicians in non-urban centres do more than they would too.

**Ms Mitchell:** That is right.

**[Translation]**

Selon moi, il pourrait être extrêmement utile que le gouvernement fédéral ou tout autre échelon gouvernemental établisse la rentabilité de ces services de promotion de la santé.

Je ne voudrais cependant pas que l'on agisse à la hâte et que l'on constate cinq ans plus tard que nous nous sommes trompés. On pourrait mener toutes sortes d'études pilotes. Nous devrions peut-être encourager la mise en oeuvre d'un tel projet au lieu de faire adopter des programmes de force. Je suis convaincu notamment qu'il pourrait être très utile pour la mise sur pied de services de soutien communautaires d'étendre le rôle des infirmières de l'hygiène publique, peut-être en leur confiant des tâches exécutives.

Si je devais prendre une seule décision en matière de santé, je financerais sans doute bien davantage les services d'hygiène publique à condition qu'ils se servent de l'argent pour nous donner toute une armée d'infirmières de l'hygiène publique.

**Mme Mitchell:** Qui pourraient à leur tour mobiliser d'autres ressources dans la communauté. Par exemple, dans ma propre circonscription, le service des aides-ménagères rend d'excellents services. Bon nombre de ces aides-ménagères sont des immigrantes, qui ont déjà une formation quelconque.

**Dr Moran:** Nous sommes bien d'accord.

**Mme Mitchell:** J'appuierais certainement votre proposition.

**Le président:** Vouliez-vous ajouter quelque chose, D<sup>r</sup> Roberts?

**Dr Roberts:** Il faudrait de toute évidence coordonner les activités.

**Mme Mitchell:** Oui.

**Dr Roberts:** Les services dispensés par des particuliers ou des secteurs individuels sont sans doute utiles, mais le système serait plus efficace si tous ces services étaient soigneusement coordonnés.

**Mme Mitchell:** Je me demande souvent aussi si nous devrions examiner ce qui se passe dans le Nord. Nous avons des services extrêmement spécialisés dans les centres urbains. Certains diraient que bon nombre de ces services sont dominés par des médecins, mais cela s'est toujours fait. D'autre part, dans le Grand Nord, où nous n'avons pas les ressources nécessaires, la situation a évolué de façon quelque peu différente. J'ai l'impression que les infirmières jouent un rôle très différent dans le Nord et dans les centres urbains.

**Dr Roberts:** Elles y sont obligées.

**Dr C. McMillan:** Les médecins de famille ailleurs que dans les centres urbains ont eux aussi une charge de travail plus lourde.

**Mme Mitchell:** C'est exact.

[Texte]

**Dr. C. McMillan:** There is a parallel there because of the concentration factor in resources and technology and that type of thing.

**The Chairman:** I just wanted to report to you that we have a special committee on northern health care. We found a very sort of happy marriage with the provincial government who are similarly concerned that there is good liaison. I think your idea to use that sort of a combination of resources to test different models is a very worthwhile suggestion.

• 1555

**Mr. Douglas A. Geekie (Director, Department of Communications and Government Relations, Canadian Medical Association):** Mr. Chairman, with your permission, I would like to add this for Ms Mitchell, just to alert you to a problem that exists because of the complexity of the funding of the system. Dr. McMillan pointed out he would like to see pilot projects developed to test various ways of providing additional services in the community, or doing them in a different way.

The provinces look at this, I must tell you, with a somewhat jaundiced eye now, and if you are going to have a degree of resistance I think you will find it is going to come from the provincial governments, which end up, as they put it, having the ultimate responsibility in this area, as opposed to the professions. Because from their perspective—and I am not saying it is right; it is just the way many of them see it—they see pilot projects being funded through a variety of federal funding programs, NHRDP and the predecessors to it, in essence providing an impetus for new services and new programs, funding them for a relatively limited period of time, and in many cases proving their value in improving health care, but at the same time substantially increasing costs.

We find invariably that while there may be long-term potential savings, in the short term invariably there are add-on costs by adding these programs. With the change in the funding system whereby the federal government's contributions to health care, regardless of what the provinces' may be, or services they may add are fixed according to the formula, any such programs that result in add-on costs are add-on costs to the provincial government revenues and their own treasury. As a result you have a great deal of resistance from them, in many cases, to getting into these areas unless there appears to them to be a fairly substantial probability of having major cost reductions; which is not too frequent. I guess this is the problem.

**Ms Mitchell:** Do you think there is the possibility of cost reductions in the long term?

**Mr. Geekie:** With disease prevention and health promotion in the long term some cost benefits may very

[Traduction]

**Dr C. McMillan:** Il existe un parallèle entre les deux situations à cause de la concentration des ressources et de la technologie dans les centres urbains.

**Le président:** Je vous signale que nous avons un comité spécial sur les soins de la santé dans le Nord. Nous avons établi d'excellents rapports de collaboration à cet égard avec le gouvernement provincial. À mon avis, il serait très utile de combiner les ressources dans de tels cas pour mettre divers systèmes à l'essai, comme vous l'avez proposé.

**M. Douglas A. Geekie (directeur, département des communications et des relations avec le gouvernement, Association médicale canadienne):** Monsieur le président, si vous me le permettez, j'aimerais ici ajouter quelque chose à l'intention de M<sup>me</sup> Mitchell, pour attirer en même temps votre attention sur un problème qui vient de la complexité du mode financement de notre système. Si nous voulons créer de nouveaux services de santé dans les localités ou les réorganiser, le docteur McMillan a préconisé que l'on fasse des essais grâce à des projets pilotes.

Mais je peux vous dire tout de suite que les provinces ne sont pas très chaudes, et si vous vous heurtez à certaines résistances elles viendront avant tout des gouvernements provinciaux, qui sont, en dernière analyse, comme ils le rappellent en permanence, les premiers responsables de ces domaines, avant même les praticiens. Pour elles—et je ne leur donne pas à priori raison, mais c'est souvent la façon dont elles voient les choses—ces projets pilotes, financés dans le cadre de programmes fédéraux, tels que le PMRDS et ses prédécesseurs, peuvent donner une impulsion à la création de nouveaux services et de nouveaux programmes, et sont des initiatives ponctuelles de courte durée qui dans bien des cas donnent effectivement de très bons résultats, mais le budget général ne s'en trouve pas moins très alourdi.

Si l'on peut escompter à long terme en retirer quelques bénéfices sous forme d'économies, à court terme cela se traduit par des coûts supplémentaires. Avec le nouveau mode de financement, qui prévoit une formule de contribution fixe du gouvernement fédéral, quelle que soit la part des provinces, ce genre de programme supplémentaire se traduit évidemment par des coûts supplémentaires pour le trésor provincial. À moins donc que cela ne puisse se traduire par une économie importante, ce qui n'est pas très souvent le cas, les provinces ne sont pas très chaudes. Voilà où est le noeud du problème.

**Mme Mitchell:** Mais vous pensez cependant qu'à long terme cela peut se traduire par une économie non négligeable?

**M. Geekie:** Avec les nouvelles méthodes de prévention et de promotion de la santé, on peut effectivement



**[Text]**

well be derived over a period of time. Mr. Adams and others may have more to comment on this than I. But in the short term you will not find it, and there are some health care economists who question whether we will derive any cost benefits even in dollars and cents, because we end up with a population surviving acute episodic illness and ending up in chronic long-term care; and of course we all realize that this is the segment of the population that is the most expensive. That does not detract from the fact that there are major benefits to the health status of the population. But if you are looking at it from provincial government treasury perspective, such projects are not overly attractive.

**Mr. Duguay:** I would like to glance by one particular comment Dr. McMillan made about my colleague's comment on the cut-back of \$4 billion, which is a great source of discussion around here. I wanted to note with pleasure that you did talk about a reduced anticipated increase; which is another way of looking at it.

The other one I want to raise is that for sure I would expect you, the Canadian Medical Association, to speak for increased funding in health care. If you do not speak for that, who is going to? It certainly is not the government that has to balance competing interests that will sponsor one side.

You made the comment that the reduced anticipated increases would be a problem for some provinces, such as Manitoba. Being a Manitoban, and being quite familiar with our system, I wondered whether you could tell me briefly, or if it is complicated, send down the documentation that led you to that conclusion.

**Dr. C. McMillan:** Well, we could send on the documentation, but I think it had been acknowledged in numerous references at various levels that certain provinces had some difficulty, in part because of the comparatively low amount generated within the provincial economy, in matching the amounts that come federally. So the total input into health care spending, particularly during a time of restraint, would be limited.

In Atlantic Canada the figure that is usually quoted, if you compare it on a national level. It does fluctuate from time to time and province to province, but the generally accepted differential is usually 20% in Atlantic Canada. So if they had planned for a certain percentage that was reduced, then there would be further difficulties in offsetting this difference in the base.

It comes down to data and statistics and we acknowledge this. That was the reason we made the specific recommendation that this cutback, or less-than-anticipated increase, not be applied to those areas that demonstratively could be shown to have both a lower amount on a comparative basis and, secondly, an inability to generate more funds within the provincial economy, either on a general or a priority base to match the funds coming from Ottawa.

**[Translation]**

envisager, à long terme, de pouvoir réaliser certaines économies. M. Adams et d'autres pourront vous en dire peut-être un peu plus là-dessus. Mais à court terme, ce ne sera pas le cas, il y a même des économistes du secteur de la santé qui se demandent même si ce sera rentable, puisque l'on aura de plus en plus de gens qui survivront aux crises aiguës et se retrouveront en soins de longue durée; nous savons que c'est précisément ce secteur de la population qui coûte le plus cher. Malgré cela, nous pourrions effectivement en attendre certaines améliorations sur le plan de la santé générale de la population. Mais du strict point de vue des finances provinciales, ce genre de projet n'est pas très intéressant.

**M. Duguay:** J'aimerais revenir à ce qu'a dit M. McMillan en réponse à ma collègue, à propos de cette coupure de 4 milliards de dollars, dont il est beaucoup question parmi nous. Je remarque avec plaisir que vous avez parlé d'une réduction de l'augmentation de budget prévu, ce qui est une autre façon de considérer les choses.

On s'attend évidemment à ce que l'Association médicale canadienne réclame des crédits de santé, si vous ne le faites pas, qui le fera? Certainement pas le gouvernement, puisqu'il est obligé de tenir compte de tous les intérêts en présence.

Vous avez évidemment dit que certaines provinces, tel que le Manitoba, auraient certaines difficultés du fait de cette réduction des augmentations prévues. J'aimerais savoir comment vous êtes parvenu à cette conclusion, étant moi-même du Manitoba et connaissant donc bien la situation. Répondez-moi rapidement si vous le pouvez, sinon faites-moi parvenir les documents dont vous vous êtes inspiré.

**Dr. C. McMillan:** Nous pourrions effectivement vous faire parvenir toute une documentation là-dessus. Je pense que de façon générale on a reconnu, à divers niveaux et paliers, que certaines provinces avaient du mal, parce que leurs recettes n'étaient pas suffisantes, à verser les fonds de contrepartie correspondant à la contribution fédérale. Au total le budget de la santé, en période de restriction, en souffre.

Sans le Canada atlantique, le chiffre qui est généralement cité, par rapport à la moyenne nationale... cela varie de province à province, et d'année en année, mais de façon générale la différence est de 20 p. 100 au détriment des provinces maritimes. Cette réduction de la contribution fédérale va donc leur donner encore plus de mal à équilibrer leur budget de base.

On se retrouve encore avec des chiffres et des statistiques, une fois de plus. Mais c'est ce qui nous a permis de recommander que cette coupure, ou cette diminution de l'augmentation prévue, ne concerne pas les régions, qui de toute évidence sont déjà moins bien loties par rapport au reste du pays, et qui, deuxièmement, ont une économie provinciale qui ne leur permet pas de verser à la santé des crédits aussi importants que ceux d'Ottawa.



[Texte]

[Traduction]

• 1600

**Mr. Duguay:** I would be glad if you would send me that data from Manitoba. I would also like to see the Maritime data because I think all of us would want to go to funding formulas which compensated those provinces that cannot meet the same standard.

We have talked in the child-care group of going to ERDA agreements which would have 50:50 with some provinces and 75:25 with others, so I have no difficulty, but I would like to see the base Manitoba data.

**Dr. Moran:** As I recall, it is in the brief, but summing it up, the CMA believes that if we are going to have equity of access and quality in health care in the small provinces, there is going to have to be some selective benevolence on the part of the federal government because they just do not have the resource base.

**Mr. Duguay:** Right.

**Dr. Moran:** And they are not getting equity now.

**Mr. Duguay:** Right. One of the things in which I would agree with you a great deal and I think we would like to try to promote are centres of excellence. It does very little in a city like Winnipeg, for instance, to get two health facilities three miles apart competing for the same research grants and the same dollars when one could be a centre of excellence in one aspect and the other a centre of excellence in another. It is going to take a big hammer to get people to pay attention to that because, by and large, they do not want to do what they are told, and I understand academic freedom.

**Dr. C. McMillan:** Not only that, if you are talking centres of excellence nationally, you have raised really a national issue that has to have a national solution. If you say, for instance, you will train all the cardiovascular thoracic surgeons in three or four centres of excellence across the country, presumably on a regional basis, then you are going to have some areas of the country that will not have it that are going to want centres of excellence in something else, that may not necessarily be, for instance, in Toronto, Vancouver or Montreal.

**Mr. Duguay:** You have my support for that, I can guarantee you. All right. We have had a lot of people come to us—

**Mr. McCrossan:** Did you mention Scarborough?

**Mr. Duguay:** That was before you came, Paul. A lot of people who have come before this committee have called you, the physicians, the gatekeepers. They have said that really you are holding up the process. I am interpreting rather loosely, but it will give you a chance to react. They

**M. Duguay:** J'aimerais que vous me fassiez parvenir les statistiques concernant le Manitoba. Les chiffres des provinces maritimes m'intéressent également, car nous avons tous ici le plus grand souci de parvenir à des formules de financement qui rétablissent l'équilibre en faveur des provinces privées d'aussi gros moyens.

Cela me paraît d'autant plus concevable que lors de la discussion portant sur la garde d'enfants, on a envisagé des EDER, qui dans certains cas répartiraient à part égale la contribution entre la province et le fédéral, alors que dans d'autres cas, ce serait 75 p. 100 et 25 p. 100; mais j'aimerais tout de même obtenir les chiffres concernant le Manitoba.

**Dr Moran:** Vous les trouverez, si je ne me trompe, dans le mémoire; mais pour résumer la position de l'AMC, disons que nous estimons nécessaire que le gouvernement fédéral fasse ici un effort sélectif en faveur de certaines provinces qui n'ont pas les mêmes ressources financières, et cela pour que leur population puisse avoir, elle aussi, accès aux services de santé et à des services de qualité.

**M. Duguay:** Oui.

**Dr Moran:** Pour le moment, il y a un sérieux déséquilibre.

**M. Duguay:** Effectivement. Là-dessus je suis d'accord avec vous, et c'est pour cela que nous aimerions ici promouvoir la formule des centres d'excellence. Il est tout de même fâcheux que, dans une ville comme Winnipeg, par exemple, deux centres médicaux éloignés de quelques kilomètres puissent se disputer les mêmes subventions et bourses de recherche, alors qu'ils pourraient s'entendre pour se répartir la tâche. Je respecte la liberté universitaire et la liberté des chercheurs, mais il va falloir quand même insister pour que les intéressés fassent attention à ce genre de choses, même si très souvent, ils n'aiment pas beaucoup qu'on leur dise ce qu'ils ont à faire.

**Dr C. McMillan:** Cette question des centres d'excellence se pose à l'échelle de la nation, et il faudra trouver une solution nationale. Supposons que la formation des chirurgiens spécialistes des questions cardiovasculaires du thorax se fasse dans trois ou quatre centres d'excellence répartis entre quelques provinces, il est bien évident que les autres provinces voudront, elles aussi, avoir des centres d'excellence spécialisés dans d'autres domaines, qui ne seront pas nécessairement à Toronto, Vancouver ou Montréal.

**M. Duguay:** Je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus, vous pouvez compter sur mon appui. Très bien. Beaucoup de gens sont venus nous dire. . .

**M. McCrossan:** Avez-vous parlé de Scarborough?

**M. Duguay:** Ça, c'était avant que vous n'arriviez, Paul. De nombreux témoins au Comité ont critiqué les médecins, en disant qu'ils étaient surtout soucieux de défendre leur territoire. On vous accuse de vouloir verrouiller. J'interprète un peu librement les propos de

[Text]

say you are keeping the gates pretty close to your own vest, that if you would pass on some of your authority to others in the system, nurses and other para-professionals, we could save some money.

**Dr. Roberts:** Mr. Chairman, certainly physicians have played a very significant role in health care and they may be perceived by the public as the only ones providing, if you like, the high-profile care, but I do not think physicians generally are depriving others of significant care for patients.

We are very supportive of the nursing position and very supportive of other para-medical groups who provide care that is well known and well recognized. There certainly is a role for a co-ordinator of care in the community, and when I think of the health care for the elderly there are many players at work, the visiting nurse, the social worker, the physiotherapist and many others involved in the health care, not sickness care but health care for the elderly. But the co-ordination of that care has great significance and we think the family physician plays a very significant role in that. Dr. McMillan or Dr. Moran, I am sure, would like to address it.

**Dr. C. McMillan:** I think, sir, if you can carry Mr. Duguay's gatekeeper analogy a little further, it is one thing to be the gatekeeper but like in all other matters of complexity there are higher authorities that own the gate and keep it regulated and determine the parameters by which the gates operate. I think if organized medicine has one complaint and one plea in terms of this whole complex process it is that we do not seem to have access to the major levels of jurisdiction and policy-making where the major overviews take place in the decisions that affect health care, and then come down through the system in as many facets as we are talking about.

• 1605

If organized medicine could have more input into the planning policy levels—say at deputy minister levels, federal-provincial levels, maybe into the management systems of our larger complex and expensive organizations—we would feel like more than just the gatekeeper.

**Dr. Moran:** I would just like to add my support for Dr. McMillan's statement. One of the problems is that we do not have a visible, accessible, rational pursuit of consensus at the national level on all of these issues. There is the scope of practice, manpower—a whole lot of things.

But, getting back to the specific gatekeeper, I think you have just raised one of the world's great lies, that in fact the medical bulldog has dug in defending its turf. History would not support that. If you examine the health care system, there is a tremendous dynamic of change in there. Roles are changing all the time, and medicine is very

[Translation]

ces témoins, mais cela va vous permettre de me dire ce que vous en pensez. Ils vous accusent de ne pas vouloir ouvrir les vannes, d'avoir une politique frileuse, alors que si vous étiez prêts à passer la main aux infirmières et autres membres des professions paramédicales, nous pourrions réaliser certaines économies.

**Dr Roberts:** Monsieur le président, étant donné le rôle central qu'ont pu jouer les médecins jusqu'ici dans le domaine de la santé, ils font figure, auprès de la population, de spécialistes de haute volée, ce qui ne veut pas dire qu'ils aient privé les malades du soutien très important qu'ils peuvent recevoir d'ailleurs.

Nous reconnaissons l'importance du travail fourni par les infirmières et par d'autres professions paramédicales, dont les services sont connus et reconnus. Mais il est vrai que les soins doivent être coordonnés par un médecin; je pense notamment à tous ces services dont ont besoin les personnes âgées, services d'infirmières à domicile, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes et autres, tous concernés par les soins de santé dont ont besoin les personnes âgées, dans des situations où il n'y a pas de maladies à combattre. Mais il est important que tous ces services soient bien coordonnés, et ce travail de coordination revient tout naturellement au médecin de famille. Je suis sûr que les Drs McMillan ou Moran, auront quelque chose à ajouter là-dessus.

**Dr C. McMillan:** M. Duguay disait tout à l'heure que l'on accusait les médecins de vouloir avant tout défendre leur territoire. Mais là encore, comme dans d'autres domaines, ce sont les autorités d'un rang supérieur qui décident de l'ouverture ou de la fermeture des vannes et des conditions de ce verrouillage. Si la profession médicale a une critique à émettre à ce sujet et une requête à présenter, c'est qu'elle est trop souvent tenue éloignée des instances politiques et décisionnelles dont dépend le sort de notre système médico-hospitalier.

Si les médecins pouvaient contribuer un peu plus à l'élaboration des politiques—au niveau du sous-ministre, au niveau des relations fédérales-provinciales, et même peut-être au niveau de la gestion de certains grands organismes coûteux—nous aurions le sentiment d'être autre chose que des chiens de garde.

**Dr Moran:** Je suis tout à fait d'accord avec le docteur McMillan. Ce qui manque jusqu'ici, c'est une politique claire, ouverte, de poursuite rationnelle d'un consensus au niveau national, sur toutes ces questions. Que ce soit la question de la pratique médicale, des hommes etc.

Mais revenons à cette accusation selon laquelle les médecins auraient comme des chiens de garde avant tout défendu leur territoire, je dirais que c'est un pur mensonge. C'est en complète contradiction avec toute l'histoire de la profession médicale. Le secteur de la santé est d'ailleurs dans son ensemble le théâtre d'une



[Texte]

supportive of expanded roles, teaching various people how to do various things, which then becomes part of their scope, setting up regulatory mechanisms.

We are right now involved in a five-year study of the legislation that governs what health care providers do. One of the key issues is scope, and the record will show that we have not been reluctant to support it.

**Mr. Duguay:** You will notice that I was very careful to say that some other people had said that and that I was not saying that.

**Dr. Moran:** Yes, and I would suggest that if there is opportunity for further change then let us get at it.

**Mr. Duguay:** I want to pursue two questions. One is the whole matter of high-tech decisions, and it is consistent with the centres of excellence. Who gets one of these new gadgets—I think they are called nuclear magnetic resonators? Who should have one, and how big a city? Do you need one in every city? Do you need a CAT scanner in every place? How can we better help make those decisions?

I will ask my second one and they can react in whichever order they want. On the whole matter of prevention, a doctor may say to a patient: if you do not stop smoking then you are going to get such-and-such a disease, if you do not lose 20 pounds then you are going to get such-and-such a disease, if you do not do this then you are going to get that. Some people never follow any of those directions and therefore become a significant cost to the health system. Should some form of disincentive be applied to those people?

What would be your view on those two things?

**Dr. Roberts:** I will refer the question on technology to Dr. McMillan.

**Dr. C. McMillan:** Again, this is a matter of ongoing study in relation to the technology question within the organization. The reality is that, within our country and virtually everywhere, there are no mechanisms adequately to assess a lot of new technologies that come in, how they should be distributed, what timetable there should be for them to be in larger or medium or smaller centres.

We think this is an area that, in the past at least, has occurred in a somewhat haphazard fashion and what really is needed in this area—and I think it is formally recommended in our brief—is that it should be considered at the federal and academic levels as an area of active research and methodologies should be designed to assess technology—its impact, its contribution, and its distribution. Heretofore, we think, it has been somewhat haphazard, and there is not a simple answer to your question in the current system.

[Traduction]

dynamique de changement remarquable. Les rôles sont en permanence redéfinis, et les médecins, qui font en permanence de la formation, se montrent très favorables à cet élargissement de certains rôles, ce qui en même temps appelle la mise en place d'une nouvelle réglementation.

C'est ainsi que nous sommes à l'heure actuelle associés à une étude, sur cinq ans, des questions de législation médicale et paramédicale. Cette réflexion porte sur la redéfinition des domaines respectifs, et vous verrez que nous ne sommes pas du tout hostiles à cette évolution.

**M. Duguay:** Remarquez bien que je n'ai fait que citer certains témoins, cela n'est pas ce que je veux dire personnellement.

**Dr. Moran:** Oui, et j'ajouterai même que si nous avons la possibilité de faire encore avancer certaines choses, allons-y.

**M. Duguay:** J'ai encore deux questions à poser. L'une concerne les techniques d'avant-garde, et leur utilisation dans les centres d'excellence. Je pense à ces résonateurs magnétiques nucléaires... Qui a droit à ces merveilleux nouveaux joujoux? Comment sont-ils attribués, cela dépend-il de l'importance de la ville? Quelles sont les villes qui en ont vraiment besoin? Avez-vous besoin d'un tomomètre partout? Que pouvons-nous faire pour que les bonnes décisions soient prises?

Je vais maintenant poser ma deuxième question, vous pourrez répondre dans l'ordre qui vous convient. C'est la question de la prévention qui m'intéresse ici. Supposons qu'un médecin demande à son malade d'arrêter de fumer, de perdre dix kilos, en lui expliquant bien qu'il risque telle et telle maladie grave, etc. Il y a toujours des gens qui refusent de suivre les conseils de leur médecin, et qui finissent par coûter très cher à la communauté. Devrait-il y avoir un dispositif qui incite le malade à suivre les conseils de son médecin?

Que pensez-vous de tout cela?

**Dr. Roberts:** Je vais demander au Dr. McMillan de répondre à la question qui concerne l'appareillage médical de pointe.

**Dr. C. McMillan:** Là encore, la question est à l'étude. Ce qui se passe, c'est que dans notre pays, comme un peu partout ailleurs, rien n'est prévu pour évaluer ces nouvelles techniques, au moment où elles font leur apparition, afin de savoir comment nous devrions les utiliser et comment les appareils devraient être répartis entre les centres de grande ou de petite importance.

Jusqu'ici, les choses se sont faites de façon plutôt désordonnée, voilà pourquoi—et nous en refusons la recommandation dans notre mémoire—il faudrait au niveau fédéral et dans les universités faire tout un travail pour mettre au point des méthodes d'évaluation de nouvelles techniques, afin de pouvoir en mesurer l'impact probable, l'intérêt, et planifier la répartition des appareils ultra-modernes. Celle-ci jusqu'ici s'est faite un peu au hasard, si bien que dans l'état actuel des choses, on ne peut pas donner de réponse simple à votre question.



[Text]

**Dr. Moran:** I had my hand up because I wanted to supplement the first question.

Unfortunately, what Dr. McMillan said is true, that there is not a rational process for evaluating the impact of the technology. Attempts are made. It is usually dominated by the financial end of government. It is treasury-driven as opposed to health-driven, because that is the major ticket.

I remember specifically sitting in on the CAT scanners, which are now becoming old hat, and the recommendation that came out of the expert committee was one for every 200,000 of population. At the stroke of a pen, having calculated the cost impact, that was changed to one for every 300,000 people. Since then the use of the CAT scanner has become much more widely accepted than was anticipated, but the decision has not been changed because it is tied to the treasury.

• 1610

The second question was whether or not we would support disincentives on the basis of demonstrable problems with lifestyle. I am afraid I am going to have to take the fifth on that one. I do not really think that is our decision, sir. That is really a societal problem. I do not think we should put ourselves on the record on that one.

**Mr. McCrossan:** I am not sure Mr. Geekie did not recommend, when we were discussing tobacco legislation, higher taxes on tobacco products as a disincentive on your behalf.

**Mr. Geekie:** Yes, we did, very definitely, as a mechanism. I would like to answer this in two ways in terms of disincentives. I think society has every right to provide either incentives or disincentives, whichever it sees fit, in terms of societal influence, but it is not a role for the medical profession to play to be asked as the gatekeeper, whether or not he or she is the gatekeeper, to play that role.

To make my point, I work for the profession. Like you, I have several thousand political masters to whom I have to account. But when I go to the doctor, he works for me. I go to him and seek his advice—and I use the word “advice”—and I either accept his advice and the treatment he recommends or I reject it. As a voter, I would vote against you, Mr. McCrossan, if you suggested that I should have to do, when I am a patient, whatever Ed Moran says I should have to do in order to protect my own health. I do not think that is a proper role for the physician to play at all.

I would like also to comment on the earlier one you asked about in terms of high-tech, and I happen to know from personal contact that the witness who will appear before you later will address this more clearly. But there is a common knowledge that high-tech means high cost. That is widely accepted. While the evaluations are far

[Translation]

**Dr Moran:** J'ai demandé la parole, car j'aurais moi aussi quelque chose à dire là-dessus.

Ce que vient de dire le D<sup>r</sup> McMillan est malheureusement vrai. Rien n'est fait pour mesurer de façon rationnelle l'impact de ces nouvelles techniques. On en est encore au stade des efforts isolés. De façon générale, c'est la question financière qui prime, et c'est en fonction de ce critère que le gouvernement prend ses décisions, par opposition au critère santé.

Je me souviens en particulier des discussions que nous avons eues à propos des tomomètres, qui ne sont plus une nouveauté maintenant. La recommandation du comité des experts était que l'on en ait un pour 200,000 habitants. La décision a ensuite été révisée, et d'un trait de plume, pour des raisons de coût, les 200,000, remplacés par 300,000. Or, le tomomètre est de plus en plus utilisé, beaucoup plus qu'on ne le pense, mais, pour des raisons financières, on en est resté à cette dernière décision.

La deuxième question concernait la possibilité de pénaliser ces malades qui refusent de suivre les conseils de leur médecin. Malheureusement je vais là-dessus me prévaloir du cinquième amendement à la constitution, car je ne pense pas qu'il nous appartient d'y répondre. C'est vraiment un problème de société, et ce n'est pas à l'association médicale de prendre position.

**M. McCrossan:** Mais lorsque nous discutons des lois sur le tabac, M. Geekie n'a-t-il pas recommandé que nous nous servions de l'effet dissuasif d'une augmentation des taxes sur les produits du tabac?

**M. Geekie:** Effectivement, c'est ce que nous avons recommandé. Je vais répondre à cette question des mesures incitatives, négatives ou positives, en deux points. Je pense d'abord que la société a le droit absolu de vouloir peser dans un sens ou dans l'autre, par des mesures dissuasives ou incitatives, mais ce n'est pas à la profession médicale de jouer ici un rôle de chien de garde.

Je travaille pour la profession médicale. À un niveau politique, je peux dire que j'ai comme vous plusieurs milliers de patrons, à qui je dois des comptes. Mais lorsque je vais voir mon médecin c'est lui qui travaille pour moi. Je vais donc lui demander conseil—et c'est à dessein que j'utilise le terme «conseil»—je peux ensuite librement accepter ou rejeter ce conseil et le traitement qui m'est prescrit. En tant qu'électeur je voterai contre vous, monsieur McCrossan, si vous exigiez de moi, patient de Ed Moran, que je fasse absolument tout ce que celui-ci pourrait me prescrire sous prétexte de protéger ma santé. Je ne pense pas que le médecin doive jouer ce rôle.

J'aimerais aussi répondre à la question que vous avez posée tout à l'heure à propos des appareils médicaux ultra-modernes. Je sais d'ailleurs, pour en avoir un peu discuté avec lui, que le témoin qui va comparaître tout à l'heure vous en parlera plus longuement. De façon générale on pense que les techniques de pointe coûtent cher. C'est un

[Texte]

from complete, we have sufficient information already to know that is not necessarily true, that high-tech in fact can be low cost.

Perhaps one of the better examples is in the case of kidney transplants, which not very long ago were considered almost the ultimate in high-technology and high costs. We now know that kidney transplants, by and large, more than pay for themselves in about two years in terms of the replacement of dialysis, and you end up with a patient who is much more productive in a long-term period. So there is a major cost-benefit to be derived, not a cost.

That is not true of all areas, but I raise that point because I know from monitoring the records of your previous meetings that there appears to be an accepted reality—it has not necessarily been said so, but the questions have suggested it—that if it is high-tech, that means it is high cost, that it is a major contributor to increased costs. I think you will find that is not necessarily true.

**Mr. Duguay:** Do you have any data that substantiates that?

**Mr. Geekie:** There is with the kidney transplants, I know, and Orvill may be able to assist us in more extensive areas.

**Mr. Orvill B. Adams (Director, Department of Medical Economics, Canadian Medical Association):** The federal government produces information on that. They have a section that studies that whole particular issue; in fact, they made a presentation to the CMA's economics council. They collect the cost of transplantation; they monitor programs across the country, the funding, the organization of those particular programs.

**Mr. Duguay:** So if we were to ask our own staff, they would have that kind of information?

**Mr. Adams:** Yes.

**Mr. Duguay:** A researcher just handed me some information outlining that seven provinces spend more than the national average percentage of their provincial GDP on health care; that is, Newfoundland, P.E.I., Nova Scotia, New Brunswick, Quebec, Manitoba and B.C. Of these, only Manitoba and British Columbia spend more than the national average in per capita dollars: Manitoba, \$1,616; and B.C., \$1,621. I thought I would give you that information. You might want to look at it and respond in a more detailed, data-like fashion about the previous discussion we have had.

**Mr. Adams:** Actually, we accept those figures. Those figures are contained in this book. At the particular time

[Traduction]

préjugé largement répandu. Or nous disposons à l'heure actuelle de suffisamment d'informations pour savoir que ce n'est pas nécessairement vrai, et que les techniques d'avant-garde peuvent en réalité être synonymes d'économie.

Un des meilleurs exemples est celui des transplantations rénales, qui jusqu'à une date récente étaient la fine fleur des techniques de pointe et qui coûtaient très cher. Nous savons maintenant que ces transplantations rénales, de façon générale, sont au bout de deux ans rentabilisées, puisqu'elles permettent de se passer de toute la dialyse, et qu'au bout du compte vous avez un malade qui est plus productif. Au total c'est donc une économie.

Ce n'est pas évidemment toujours le cas, mais je tiens tout de même à le dire, car la lecture des fascicules du Comité m'a amené à penser que le préjugé le plus répandu—même si cela n'a pas été formulé de façon aussi claire, les questions qui ont été posées permettent de le penser—c'est que ces techniques d'avant-garde coûtent cher et qu'elles contribuent beaucoup à alourdir les budgets. Vous verrez que ce n'est pas toujours vrai.

**M. Duguay:** Avez-vous des chiffres là-dessus?

**M. Geekie:** Nous en avons à propos des transplantations rénales, et Orvill pourra peut-être vous parler de certaines techniques médicales aujourd'hui plus répandues.

**M. Orvill B. Adams (directeur, Département d'économie médicale, Association médicale canadienne):** Le gouvernement fédéral fournit régulièrement des renseignements là-dessus. Il y a toute une section qui étudie cette question, et les économistes de l'AMC ont eu droit à un exposé. Ce service de l'administration fédérale comptabilise le coût des transplantations, surveille les programmes mis en place dans le pays, le financement et l'organisation des programmes en question.

**M. Duguay:** Nous pourrions donc demander à notre assistant de recherche de se procurer ces chiffres?

**M. Adams:** Oui.

**M. Duguay:** L'assistant de recherche vient de me faire passer des chiffres d'après lesquels sept provinces dépensent plus que la moyenne nationale, calculée en pourcentage du PNB provincial, pour leur service de santé. Ce sont Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique. Parmi celles-ci, seuls le Manitoba et la Colombie-Britannique dépensent plus que la moyenne nationale calculée en dollars par habitant: le Manitoba, 1,616\$, et la Colombie-Britannique 1,621\$. J'ai pensé qu'il serait intéressant que je vous transmette ces chiffres. Cela vous permettra peut-être de répondre à la question que nous avons discutée tout à l'heure de façon plus détaillée, chiffres à l'appui.

**M. Adams:** Ce sont des chiffres que nous connaissons et qui sont d'ailleurs reproduits dans cette étude. À l'époque



[Text]

that we looked at the fiscal capacities of each of the provincial governments, their ability to raise funds, Manitoba in fact was just on the cusp. It was at a time when Manitoba—these data go up to 1985—was moving into less than an advantageous position.

• 1615

**Mr. Duguay:** The EPF formula is quite complicated in terms of determining a province's ability to raise revenue.

**Mr. Adams:** The equalization formula determines a province's ability. The EPF formula has nothing to do with a province's ability to raise funds.

**Mr. Duguay:** I am sorry. I made a mistake.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Duguay. Mr. McCrossan.

**Mr. McCrossan:** Thank you. I have a series of questions which I put under the general heading of ethics. But they may not be so much medical ethics as societal ethics. Maybe I could start with a number of things we have been hearing.

One has to do with the very high rate of prescription drugs for the elderly in Ontario, which has been asserted to be the world's highest. I do not know whether it is the world's highest, but it is certainly Canada's highest and very high by any terms. I am not sure whether it falls within the jurisdiction of the various colleges of physicians or the CMA in terms of ethics policing. When you see a situation such as this what does it suggest about the profession's ability to monitor the activities or performances of its own members?

I guess we could say the same thing if we notice an abnormal number of appendix operations or gall-bladder removals or tonsillectomies or anything else. There certainly has been a fairly strong case made during our hearings that prescription drugs are over-prescribed to the elderly in Ontario, and nobody seems to be refuting it. Is it left to the individual doctor to decide or is there a peer-review process inside the profession? How do we get at this problem? If we have very scarce health resources and they are being, if you will, squandered—maybe even threatening people's lives by being counterproductive—then it is an area we should be looking at.

**Dr. Moran:** Probably, Mr. McCrossan, it would be just as well not to get into the anecdotal approach to that. I am sure I could match you anecdote for anecdote and I would probably whip you.

Part of the difficulty is the lack of a comprehensive information system by which we can in fact measure those things. It makes it very awkward for the profession to address the matter in a free and unencumbered way when the problem is announced on the front page of *The Toronto Star* because somebody has written a report. Nobody has had access to the data on which the conclusions were drawn. They may or may not be valid. I

[Translation]

où nous avons étudié les budgets des provinces et leur pouvoir de dépense, le Manitoba se trouvait exactement à la charnière. C'était l'époque où le Manitoba—les chiffres remontent à 1985—amorçait un mouvement de récession.

**M. Duguay:** Il est difficile en fonction de la formule FPE de déterminer l'aptitude d'une province à recueillir des fonds.

**M. Adams:** Cette aptitude est fonction de la formule de péréquation; la formule FPE n'a rien à voir dans cette affaire.

**M. Duguay:** Je me suis donc trompé.

**Le président:** Merci, monsieur Duguay. Monsieur McCrossan vous avez la parole.

**M. McCrossan:** Merci. J'ai plusieurs questions à vous poser concernant la déontologie non pas médicale, mais plutôt sociale.

Je voudrais commencer par le fait qu'on prescrit énormément de médicaments aux personnes âgées dans la province de l'Ontario, plus que partout ailleurs au monde, paraît-il, et certainement plus que dans le reste du pays. J'ignore si cette question relève de la compétence des collèges de médecins ou de l'AMC. C'est à se demander dans quelle mesure les associations de médecins contrôlent les activités de leurs adhérents.

La même question se poserait d'ailleurs si on constatait que le nombre d'ablations de l'appendice, des amygdales ou de la vésicule biliaire devenait excessif. On nous a expliqué à maintes reprises au cours de nos audiences qu'on prescrit beaucoup trop de médicaments aux personnes âgées dans la province. Qui va régler ce problème, les médecins traitants à titre individuel ou bien l'Ordre des médecins? D'une part, on se plaint du manque de crédit pour les soins de santé et, d'autre part, on gaspille de l'argent en prescrivant trop de médicaments, ce qui est d'ailleurs nuisible pour la santé des intéressés. C'est donc un problème qu'il faudrait examiner.

**Dr Moran:** Il ne suffit pas de citer tel cas isolé, car je pourrais vous en citer un tas d'autres.

L'ennui, c'est que nous ne disposons pas suffisamment de renseignements pour attirer des conclusions valables. D'autre part, lorsque la question est traitée à la une du *Toronto Star*, cela ne crée pas une atmosphère propice à un règlement. Les faits relatés n'ont été corroborés par personne, et nous ne savons pas s'ils sont valables ou non. On pourrait sans doute trouver les chiffres relatifs à la production de produits pharmaceutiques, à leur



[Texte]

would guess, and Orville may know better, that in fact they are gross data about drug production, drug imports, number of people; divide one over the other and we have a terrible problem.

One of the problems that Ontario has is the lack of a comprehensive information system by which we can analyse what is going on in the system. It continually frustrates us in trying to have significant input on rational planning which, as I said earlier, is by and large driven by treasury rather than by health.

You may be interested to know that recently they set up the Lowy Commission to examine the use of prescriptions drugs in Ontario, and I guess it was felt, for political reasons, that they had to use the front page of *The Toronto Star* to announce that there was a problem to justify the setting up of their commission.

In fact, the commission is going to look at the costs that are inherent in the manufacturing of drugs. Are we getting a fair deal from drug manufacturers? It is a very good question to ask.

The second component is the cost inherent in the delivery system. Do we need drugstores? Do we need drug traders? Is there anything in the distribution system that adds unduly to the public cost? That is another very good question.

• 1620

The third is physicians' prescribing practices: are we well on the way toward making zombies out of this generation by overmedicating them? That is a very good question too. But I do not think we can move on the basis of gross national data or on the basis of anecdote.

The organization I represent is very pleased that we appear to be bent on having a comprehensive analysis of the whole matter.

**Mr. McCrossan:** If there was such a comprehensive information system, presumably going down to the OHIP number, because that is the only way you can cross-reference—

**Dr. Moran:** Yes.

**Mr. McCrossan:** —would it be the respective provincial colleges or would it be the CMA who would be responsible? Somebody would be responsible, presumably, for monitoring this. I know that some time ago physicians' billings were monitored to see whether they could conceivably be spending the proper amount of time with the patients.

**Dr. Moran:** The quality of care is an ongoing issue that crops up in a variety of ways regularly. Our college, for example, has a peer review program where they randomly select—sometimes not so randomly—and examine what physicians are doing and perhaps what they should not be doing but are doing. There are a variety of mechanisms for dealing with it.

[Traduction]

importation, et on pourrait les diviser par le nombre de personnes auxquelles on les prescrit, je suppose.

Nous n'avons pas en Ontario un système nous permettant d'analyser la situation, ce qui nous empêche d'ailleurs de faire des plans pour l'avenir, lesquels plans sont établis davantage en fonction de la situation financière que des besoins en matière de soins de santé.

La Commission Lowy a récemment été constituée justement pour étudier la façon dont les médecins prescrivent les médicaments délivrés uniquement sur ordonnance. Je présume que c'est pour justifier la création de cette commission qu'un article à ce sujet a paru à la une du *Toronto Star*.

La commission doit examiner, entre autres, les coûts de production des médicaments pour savoir si les fabricants exigent ou non des prix raisonnables.

D'autre part, il y a les coûts de distribution y compris les coûts des pharmacies et des grossistes en produits pharmaceutiques. Il faut donc déterminer si ce n'est pas le système de distribution des produits pharmaceutiques qui est trop onéreux.

Il faut également se demander si nous ne risquons pas de devenir une génération de zombies à cause de la quantité excessive de médicaments de toutes sortes que nous prenons. Ce qui est certain, c'est qu'on ne peut pas tirer de conclusions valables à partir de données nationales brutes ou de cas isolés.

L'étude entreprise à ce sujet est donc à mon avis une excellente chose.

**M. McCrossan:** Si on utilisait les numéros de OHIP pour obtenir justement ces renseignements. . .

**Dr Moran:** Oui.

**M. McCrossan:** . . . est-ce les collèges de médecins des provinces ou bien l'AMC qui seraient chargés de suivre la situation? Je sais qu'on a déjà examiné la facturation des médecins pour savoir s'ils consacrent suffisamment de temps à chacun de leurs patients.

**Dr Moran:** Le problème de la qualité des soins présente de multiples aspects. Ainsi, le collège fait des sondages aléatoires ou pas aléatoires pour savoir ce que les médecins font en bien ou en mal. Il existe donc diverses possibilités.

[Text]

Sometimes doctors' information base gets out of date. The half-life of the knowledge pool changes every five years, probably. So I cannot really crystal-ball accurately on how the college would react, but if the issue is quality and the information was available then it would just give them another tool by which to promote quality.

**Mr. McCrossan:** Can I raise a second issue in this sort of ethics group. It has to do with the heroic measures taken with the terminally ill. I understand the profession's commitment towards life, which has to be respected and admired; but also, at a time when we are looking at a cost crunch, somebody has to examine—I am not sure whether it is doctors or politicians—whether indeed every effort should be made, for example—as was pointed out this morning—to resuscitate someone who has had cardiac arrest, who is dying of cancer.

It was pointed out that a very high percentage of the total medical expenses are incurred in the last few days of life or last few weeks of life.

I wonder to what extent the profession is addressing this bio-ethics issue. In America now there is a movement towards having a living will, a person saying that he will post his own DNR sign. In Europe, I understand—in the Netherlands—there has been a substantial move out of hospitals into hospices, and even, in some cases, euthanasia.

**Dr. Roberts:** Yes.

**Mr. McCrossan:** So to what extent is that debate taking place in the medical profession in Canada and where is it at?

**Dr. Roberts:** You bring up a very germane topic. It is in the hearts and on the minds of physicians and health care providers across the country. Because of the ethical issues developing around medical practice, the CMA has taken this very seriously and recognizes that there are issues that must be addressed and they must be addressed now, such as living wills, informed consent, organ transplants, genetic engineering, the abortion issue, treatment of AIDS victims, reporting of AIDS-positive tests: the list goes on and on.

To meet that need and of course to provide leadership in this area, the Canadian Medical Association has taken on a new initiative, and we are setting up a new department within CMA called the Department of Ethics and Legal Affairs. What we are doing is what is happening in other countries. The Americans through the American Medical Association and the British through the British Medical Association have just recently assumed much more leadership in this area than in three to five years past.

With reference to the question specifically that you asked about continuing care for, if you like, the brain-dead, or those who cannot get further help, if you like, through medication. Dr. McMillan works in an intensive care unit, and if he can spare himself the luxury of anecdotal remarks, I will ask him to address that.

[Translation]

Certains médecins se laissent d'ailleurs dépasser par les connaissances médicales qu'il faudrait, pour bien faire, renouveler tous les cinq ans. Il m'est impossible de prévoir comment le collège réagirait, mais il est certain que s'il disposait des éléments d'information nécessaires, il mettrait tout en oeuvre pour promouvoir la qualité des soins.

**M. McCrossan:** Je voudrais maintenant vous poser une question concernant l'acharnement thérapeutique dont font l'objet les personnes atteintes de maladies incurables. Il va de soi que les médecins ont pour devoir de tout faire pour sauver les vies, ce qui est d'ailleurs très louable; mais en période d'austérité, on se demande s'il faut vraiment tout faire pour ressusciter des personnes atteintes d'un cancer incurable ou d'un arrêt cardiaque; je ne sais d'ailleurs pas si pareille décision devrait être prise par les médecins eux-mêmes ou par les hommes politiques.

Il paraît que c'est les derniers jours ou semaines de la vie qui coûtent le plus cher.

Je me demande si vous vous êtes posé la question. Aux États-Unis, il y a un nombre croissant de personnes qui, lorsqu'elles sont atteintes d'une maladie incurable, demandent à ne pas être ressuscitées. En Europe, et aux Pays-Bas en particulier, on envoie assez couramment les malades incurables dans des hospices, et dans certains cas on pratique même l'euthanasie.

**Dr Roberts:** En effet.

**M. McCrossan:** Je voudrais savoir si les médecins canadiens se penchent sur toutes ces questions.

**Dr Roberts:** C'est effectivement une question très intéressante qui préoccupe au plus haut point tous les personnels soignants du pays. Étant donné l'évolution rapide de la pratique médicale, l'AMC est très consciente du fait qu'il faudra se pencher sur toutes ces questions, comme le testament de vie, le consentement étayé, la transplantation d'organe, l'ingénierie génétique, l'avortement, les soins aux personnes atteintes du SIDA, le dépistage des séro-positifs, etc.

Pour essayer de répondre à toutes ces questions, l'Association médicale du Canada a mis sur pied le Département des questions éthiques et juridiques, comme cela se fait d'ailleurs dans d'autres pays. Ainsi, nos homologues américains et britanniques ont commencé à se pencher sur ces questions, alors qu'ils ne le faisaient pas il y a cinq ans.

Pour ce qui est des soins à donner aux personnes incurables, je demanderai au Dr McMillan de vous répondre, car il travaille justement dans un service de soins intensifs.



[Texte]

[Traduction]

• 1625

**Dr. C. McMillan:** This, as many other issues we have discussed, is really a societal issue. Although it involves ethics, it also involves the law, where there are a lot of uncertainties. A lot of hospital decisions now at board, departmental, and committee level are taken fully with the recommendation and attendance of a lawyer, because of all these concerns of liability and what not.

But over the last 10 years the two positive specific things we have seen are, first of all, a refinement in an ethical-medical sense of the concept of do-not-resuscitate orders in conjunction with the patient and family and other interested people; and secondly, as you referred, the hospice movement, which I think is growing, and growing appropriately, for the care of specific types of terminal illness, often outside the acute institutional sense, with a broad range of community support, volunteer activity, family back-up, and what not. But at the end of the day, with the doctor or group of doctors and nurses with an individual patient in a hospital setting, if the family or the patient insists and demands that everything be done, irrespective of your clinical judgment of appropriateness, you are still left with that decision to make on an individual basis, as opposed to the broader issues.

I would think in broad, general terms the do-not-resuscitate orders and the hospice movements are two things we can point to that have been developing and evolving over the past few years. But it is a very complex issue.

**Dr. Roberts:** Mr. Chairman, you will excuse me if I spend a little more time on this than you might expect, but it is an area of great interest to me. I think you have in front of you the *Health Care for the Elderly* report. If you refer to chapter 14 at your leisure, not necessarily now, you will see we do address this.

Ethics in medical practice, of course, have been fashioned on the Hippocratic oath traditionally, through the years, and they have said in effect that we will render aid to those who need it most, regardless of resources; and we have operated under that these many years. But now the concept of triage comes into it. This means in effect render aid to those who can most benefit, husband scarce resources, and limit cost. Life is not as simple as it used to be. It is difficult to make black-and-white decisions in a grey world.

If I might appear a little sacrilegious, a story known by many people is told of the man who went down from Jerusalem to Jericho and fell among thieves on the way. He was passed by on the road by others who had difficult tasks to do, and no one could criticize them for getting on with their work. But one came along and saw the wounded man, bandaged his wounds, put him on transport, put him in a lodging overnight and paid the way; and then this person went on. Possibly he was a fig dealer and maybe through his efforts he lost a contract. There was some sacrifice involved. His decision was fairly easy. He helped the man who was on the road. He did

**Dr C. McMillan:** Cette question, comme bon nombre d'autres questions qui ont été soulevées, est, en fait, une question de société en ce sens qu'elle relève de l'éthique, ainsi que du droit. En effet, bon nombre de décisions qui doivent être prises dans les hôpitaux ne le sont qu'après consultation avec un avocat, par crainte des responsabilités civiles.

Depuis une dizaine d'années, l'ordre de ne pas ressusciter un patient n'est donné qu'après consultation avec le malade lui-même et les membres de sa famille; d'autre part, un nombre croissant de personnes atteintes de maladies incurables sont soignées dans des hospices spécialement aménagés, plutôt que dans les hôpitaux, ces hospices bénéficiant de l'aide de bénévoles et de toutes sortes de services communautaires. Mais il n'empêche que lorsque le patient lui-même ou ses proches exigent du médecin soignant que tout soit fait pour prolonger la vie, c'est à ce dernier de prendre une décision, même s'il sait que, du point de vue clinique, il n'y a plus rien à faire.

Depuis quelques années, on constate un nombre croissant d'ordres de ne pas ressusciter les malades; d'autre part, le nombre d'hospices pour malades incurables est en augmentation. Mais il faut admettre que c'est une question fort complexe.

**Dr Roberts:** C'est justement une question qui m'intéresse très vivement, et je voudrais donc, si vous le permettez, m'y attarder quelque peu. Vous constaterez qu'elle figure d'ailleurs dans le chapitre 14 du rapport intitulé *Soins de santé pour les personnes âgées*.

Bien entendu, toute la pratique médicale a toujours été fondée sur le serment d'Hippocrate, qui exige que nous soignons les malades, qu'ils soient riches ou pauvres. Ce n'est que récemment que nous sommes acculés à faire le tri en quelque sorte en réservant certaines thérapeutiques exclusivement aux malades susceptibles d'en profiter. Donc, les choses ne sont plus du tout aussi simples qu'autrefois, et dans ces conditions, il est difficile de trancher.

Vous connaissez tous l'histoire de l'homme qui s'est rendu de Jérusalem à Jéricho et qui, en chemin, a été attaqué par des voleurs. De nombreux passants ne se sont pas arrêtés sur la route pour lui venir en aide, et il ne nous appartient certes pas de leur jeter la pierre. Mais un homme s'est arrêté, a pansé ses blessures, lui a trouvé un gîte pour la nuit, qu'il a d'ailleurs payé de ses propres deniers, après quoi il a poursuivi son chemin. Même si cette personne a sacrifié quelque chose pour venir en aide à son prochain, la décision en elle-même était simple et conforme à des critères moraux.



[Text]

what he should do, what he wanted to do, and he got on with his task.

But today the story could be written this way, in our present health care system. Three men are on the road. His decision to make is whom do I care for first, whom do I care for second, and whom do I leave to care for himself? That is the triage philosophical model we are faced with today. It is not an easy decision, let me tell you; and you are bringing up a question that is very, very vital.

**Mr. McCrossan:** May I raise one more ethical question that came up this morning? I had heard, when I was doing consulting work some seven or eight years ago, and it was confirmed again this morning, that it still happens that from time to time doctors for their own convenience will check a patient into a hospital the night before, so they can be ready to operate in the morning, where indeed it might even be done on an out-patient basis in the first place, but is more convenient.

• 1630

There is not a medical ethical problem there, but there is a societal ethical problem to the extent that scarce resources, such as hospital beds, are being used. Is this sort of ethical question being addressed by the CMA or any of the provincial colleges? I think we can appreciate that there is a real convenience factor to being able to do your operations early in the morning, but there is also a cost that you are imposing on society at a time when there are scarce dollars. And does the physician have any responsibility to limit his or her own convenience for the general cost-effectiveness of the system?

**Dr. C. McMillan:** I think this is a matter of ongoing concern for virtually every hospital in the country where, as you probably are aware, the access to beds on a convenience basis is very limited and the elective lists are getting longer. In most hospitals I have worked in they have very strong audit committees and utilization committees that consist not only of doctors but the appropriate personnel in admitting and in the operating rooms. I think if people are being admitted for surgery that could be done better or at a different time or through day surgery, the physicians will be directed that way. I mean, the scramble for beds is so intense that this would be an obvious example, to my way of thinking, that would be flagged, particularly if it were a persistent pattern.

**Mr. McCrossan:** But you see it as a hospital administration function as opposed to a professional ethical function?

**Dr. Roberts:** It is really both.

**Dr. Moran:** As you know, ethical, moral decisions come up at every level. The point I think he was making is that this one is handled best at the institutional level where you can in fact act on firsthand observations. I would commend to you a visit to the two hospitals in your own riding where access is a major problem because of the shortage of resources and there is a very, very critical scrutiny that goes on all of the time.

[Translation]

De nos jours, la parabole serait tout autre. Si trois blessés se trouvaient sur la route, il faudrait décider qui soigner en premier lieu, qui soigner en deuxième lieu et qui abandonner à son sort. Voilà le genre de tri auquel nous sommes confrontés, et je puis vous assurer que ce n'est guère aisé.

**M. McCrossan:** Je sais que cela se passait il y a une dizaine d'années, lorsque j'étais consultant, et on m'a confirmé que cela se passe toujours ainsi: certains médecins font entrer leurs malades à l'hôpital la veille au soir, pour pouvoir les opérer le lendemain de bonne heure, alors que cette intervention aurait fort bien pu se faire dans la journée, et le patient serait immédiatement rentré chez lui après. Mais c'est plus pratique pour le médecin.

Ce n'est donc, à proprement parler, une question de déontologie médicale mais plutôt d'éthique sociale en ce sens qu'on utilise inutilement des lits d'hôpitaux extrêmement coûteux. Je voudrais savoir si l'AMC ou les collèges provinciaux ont étudié ce phénomène. Même si c'est pratique pour les médecins d'effectuer leurs opérations tôt le matin, c'est très coûteux en cette période d'austérité. Peut-être les médecins devraient-ils faire passer l'intérêt de la société avant leur propre confort?

**Dr C. McMillan:** Tous les hôpitaux du pays sont confrontés à ce problème et il devient de plus en plus difficile d'obtenir un lit d'hôpital pour une opération qui n'est pas une opération d'urgence. La plupart des hôpitaux ont mis sur pied des comités composés de médecins et d'autre personnel soignant pour décider des malades à admettre en salle d'opération. Il doit donc devenir de plus en plus rare qu'un médecin puisse faire admettre un de ses malades à l'hôpital simplement parce que cela lui convient.

**M. McCrossan:** Donc, à votre avis, c'est l'administration des hôpitaux qui doit régler le problème plutôt que les médecins eux-mêmes.

**Dr Roberts:** Les deux.

**Dr Moran:** Des décisions d'ordre moral interviennent à tous les niveaux. Mon confrère faisait simplement valoir que c'est l'administration hospitalière qui est la mieux placée pour prendre ce genre de décision. Si vous alliez visiter les deux hôpitaux de votre circonscription, ce qui serait une excellente idée, vous constateriez que les admissions font l'objet d'un examen détaillé.

[Texte]

Part of the problem in maximizing the use of resources in off-hours is, once again, the fact that the system is not controlled by physicians. You sometimes cannot get ORs to stay open long enough because of union contracts for the other providers that are involved. But it is a problem, whether it is morally driven, I would say it is practically driven because if that sort of activity did not go on the system would break down.

**Mr. Geekie:** I would like to make a brief comment to Mr. McCrossan about the do-not-resuscitate thing. I think your comment would have been considerably more valid 10 or 15 years ago.

I remember very vividly, in 1972, at the annual meeting when the question of do-not-resuscitate orders was first raised at the CMA annual meeting in Toronto, in which a committee reported that the attending physician had a responsibility to mark on the patient's chart, the terminally ill patient having fulfilled the requirements of the protocol with either the patient or the family or both, to mark right on the chart: Do Not Resuscitate. This was necessary because if it was not on the chart, the hospital staff, nursing staff, residents, interns, etc., were required by hospital procedures to resuscitate. And when that resolution was brought before the floor the association's legal advisers on malpractice said: my God, do not pass this because you are sending your members into legal jeopardy. If they write this on the chart they will not have a legal leg to stand on in terms of lawsuits. And the response essentially was let us look at it and see how it can be corrected or fixed, but the law be damned, we have a responsibility to do it, it ought to be done.

Since that time there has been a protocol and a statement prepared on do-not-resuscitate for the care of the terminally ill, which has been expanded somewhat and joined with both the Canadian Nursing Association and the Canadian Hospital Association. It is a joint statement and it has been widely promulgated within the hospitals. The last time I looked, which was about a year ago, something in excess of 74% of all hospitals in the country had a specific policy dealing with this issue.

So, by and large, I think the majority of the problems, certainly not all of them, have been resolved, but you must deal even with the protocol. Again, I repeat what I said a little earlier, the patient has the last say, the patient's family, and if they want everything done that needs to be done, the protocol requires the physician and the hospital to provide it.

**Mr. McCrossan:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you. Ms Copps, are you ready to ask a few questions?

• 1635

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I had a chance to scan the brief. In it a passing reference is made to the minister's statement on health promotion: that you appreciate the fact that the federal government is taking an initiative in

[Traduction]

L'utilisation maximale des installations hospitalières aux heures creuses se heurte au fait que tout ne dépend pas justement des seuls médecins. Ainsi, il est impossible d'utiliser les salles d'opération plus d'un certain nombre d'heures par jour à cause des conventions collectives de certains aides soignants. Donc c'est effectivement un gros problème.

**M. Geekie:** Ce que M. McCrossan a dit au sujet des ordres de ne pas ressusciter le malade aurait sans doute été très juste il y a 10 ou 15 ans.

Ainsi, je me souviens que c'est en 1972, lors de notre congrès annuel qui a eu lieu cette année-là à Toronto, que la question de ne pas ressusciter les malades incurables a été soulevée pour la première fois. En effet, tant que l'ordre de ne pas ressusciter n'est pas inscrit sur la charte du malade, tous les personnels soignants sont tenus d'essayer de ressusciter le malade. Lorsque cette proposition a été faite, notre conseiller juridique s'est vivement opposé à cause des poursuites auxquelles le personnel soignant s'exposerait. En inscrivant sur la charte l'ordre de ne pas ressusciter, l'affaire serait pour ainsi dire dans le sac. Malgré tout, les médecins ont préféré ne pas tenir compte de la loi et ont cherché à résoudre le problème.

Depuis cette époque, un protocole a été rédigé concernant l'ordre de ne pas ressusciter les patients atteints de maladie incurable et ce protocole a remporté l'adhésion de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada ainsi que de l'Association des hôpitaux du Canada. La plupart des hôpitaux ont adopté ce protocole. Ainsi, je sais qu'il y a un an environ, 74 p. 100 des hôpitaux du pays avaient adopté une procédure pour ces cas.

Donc, la plupart de ces cas ont été réglés. Mais, malgré tout, comme je vous l'expliquais tantôt, le dernier mot revient toujours au malade lui-même ainsi qu'aux membres de sa famille s'ils exigent qu'on poursuive tous les soins, c'est ce que nous devons faire.

**M. McCrossan:** Merci.

**Le président:** Vous avez des questions à poser, madame Copps?

**Mme Copps:** Monsieur le président, je viens de jeter un rapide coup d'oeil au mémoire et j'ai donc pu constater que, parlant de la déclaration du ministre relativement à la promotion de la santé, vous vous dites en faveur de



[Text]

this area, but that you were disappointed about the absence of physician involvement in the issue of promotions. This is at the bottom of page 15 and the top of page 16.

In the context of the overall brief, the big focus seems to be on freeing up dollars and not looking at that aspect as a potential for future economies. Do you see any actual economies developing a more integrated health promotion system in Canada?

**Dr. Roberts:** I believe, Mr. Chairman, we addressed that a little earlier. Would you address that once again, Ed, please?

**Dr. Moran:** By and large that is an unanswered question; we really do not know. It was pointed out that there is a lot of mythology around it, a lot of conventional wisdom. A very low number is trotted out as being the percent of a health budget that is spent on promotion and prevention, which is spurious. If you examine the system broadly you will discover there is a whole army of people involved in health care—physicians, psychologists, nurses, and whoever—who as part of their everyday endeavour are engaged in health prevention and promotion.

There are a lot of unanswered questions really. We do not know whether it is a lack of information. Is it that people do not know what constitutes a bad lifestyle? Is it lack of will? Do they not have the ability to translate knowledge into action? Is there a system of incentives we could use to encourage healthier lifestyles? Is there something wrong with the messengers? Do we need to involve nurses more heavily? Do we need to institutionalize health care education? These questions are not answered. I guess our position is that before we jump we would like to have some sort of sense of where it is we are going to land. Rather than changing the system, I think it might be useful to invest in some sort of evaluation as to what might usefully be done to influence the system positively.

**Ms Capps:** Who do you think should be responsible for that evaluation?

**Dr. Moran:** My vote would be for the federal government. I think one of the shocking sort of gaps in the health care system in the policy and planning level is the lack of a visible, accessible, rational approach to developing a consensus on a whole host of health care issues, this just being one of them.

**Dr. Roberts:** With the necessary physician input into the decision-making process.

**Ms Mitchell:** Physician and other...?

**Dr. Roberts:** Yes, allied health professionals.

**Ms Capps:** Last week we heard from a group that suggested that the federal government should tie EPF transfers to provinces to conditions, based on a percentage of that being applied, for example, to community health care—let us say 25% of your dollars must be spent in the community or we are not going to give them to you.

[Translation]

cette mesure, tout en regrettant que les médecins n'aient pas été invités à coopérer.

Vous semblez insister, dans ce rapport, sur la nécessité d'affecter des crédits neufs à ce secteur. Mais ne pensez-vous pas que la promotion de la santé pourrait éventuellement nous permettre d'économiser de l'argent?

**Dr Roberts:** Nous avons déjà évoqué ce problème, mais je demanderais à mon collègue de vous répondre.

**Dr Moran:** En fait, nous ignorons la réponse à cette question. Toutes sortes d'idées reçues circulent à ce sujet. On dit souvent qu'on consacre beaucoup trop peu d'argent à la prévention, ce qui est faux. En effet, de nombreux médecins, psychologues, infirmières, etc., consacrent une bonne partie de leur temps à la prévention.

Nous ne savons pas pourquoi les gens ne pratiquent pas davantage la prévention. Est-ce faute de renseignements ou manque de volonté? Peut-être faudrait-il les encourager à vivre de façon plus saine. Peut-être les infirmières pourraient-elles participer davantage à ce travail de promotion, ou bien la prévention devrait-elle être enseignée? Ce sont là des questions auxquelles nous n'avons pas de réponses. J'estime donc qu'avant de nous lancer, il faudrait avoir une idée plus claire de la situation. Plutôt que de chercher à tout chambarder, il faudrait peut-être essayer de savoir comment améliorer les choses.

**Mme Capps:** Et qui est-ce qui devrait faire cette étude?

**Dr Moran:** À mon avis, ce serait le gouvernement fédéral qui devrait s'en charger. Il manque justement au Canada une vue d'ensemble en ce qui concerne les soins de santé, la prévention, etc.

**Dr Roberts:** Bien entendu, les médecins devront également avoir leur mot à dire.

**Mme Mitchell:** Les médecins et les autres professionnels de la santé?

**Dr Roberts:** Oui.

**Mme Capps:** Un témoin nous avait proposé, la semaine dernière, que les transferts aux provinces au titre du FPE devraient être assujettis à certaines conditions, comme l'affectation de 25 p. 100 des crédits aux institutions de soins communautaires.



[Texte]

**Dr. McMillan:** That is really a political-jurisdictional question. We have an ongoing court case disputing federal government jurisdiction concerning the Health Act and EPF and what not. As Dr. Moran mentioned earlier, I think the provinces, who have the primary jurisdiction in terms of delivery, have a great deal of difficulty, both with the earmarking concept or blocks; and secondly, a lot of the pilot projects that have been started are left to carry on with their own resources.

Your question is really in the political-legal-jurisdictional area, which I do not think we have any easy answer for.

**An hon. member:** A chance to vote on the Meech Lake accord.

**Ms Coppins:** Actually, you mentioned the Meech Lake accord in your brief.

**Dr. Moran:** With great respect, I think it might be well if the federal government had some evidence to convince the provinces that the direction they were given was correct. The evidence is not there yet. We think the prior need is to develop a strategy.

• 1640

**Ms Coppins:** What about the Lalonde-Laframboise report of 1972? I thought that was one of the turning points in terms of moving toward health promotion and prevention. I say that because everybody says, let us do it. You have it in your brief too, but if the carrot is not there. . . You have certain needs right now.

We heard this morning from the representatives of the teaching hospitals and medical colleges that the physician fee-for-service share of health care funding has gone up from. . . They gave us some figures, but their share had gone down to only 43%, and you have gone up from 25% to 33%. You have to be paid, right? So you are going to have a fixed budget.

If we are going to encourage provinces to include or develop in the areas of so-called home care or community support systems, they have to be add-ons. So we were just looking at some way of adding a carrot, or saying that we will increase your funding by 10% depending upon meeting these goals.

**Dr. Moran:** You have kind of switched the agenda a bit on me. Initially we are talking about prevention and promotion, and I was trying to make the point that I do not think we know what it takes to make people change their behaviour. I would venture to suggest that most people know that it is counter-productive to your health to smoke, and you should not be overweight, and you should sort of exercise regularly, and alcohol is bad for you, and all sorts of other indiscretions. I really do not think it is a lack of knowledge, but the behaviour of society at large really is not in keeping with a healthy life style.

[Traduction]

**Dr. McMillan:** C'est en fait une question d'ordre politique et juridique. Les tribunaux sont justement en train d'instruire une affaire où l'on conteste la compétence du gouvernement fédéral relativement à la Loi sur la santé et au FPE. Les provinces qui sont chargées de l'aspect pratique des soins de santé ont beaucoup de mal à appliquer le système des blocs et, d'autre part, la plupart des projets pilotes se retrouvent, après quelque temps, à court d'argent.

Il nous est donc impossible de répondre à cette question qui est d'ordre politique et juridique.

**Une voix:** Vous pourrez justement voter sur l'Accord du lac Meech.

**Mme Coppins:** Vous avez d'ailleurs évoqué l'Accord du lac Meech dans votre mémoire.

**Dr. Moran:** C'est au gouvernement fédéral de prouver aux provinces qu'il est sur la bonne voie. Jusqu'à présent, nous manquons d'éléments d'information. Ce qu'il nous faut, c'est une vue d'ensemble sur laquelle baser notre stratégie.

**Mme Coppins:** Et le rapport Lalonde-Laframboise de 1972? Je croyais que c'était une étape extrêmement importante dans la voie de la promotion et de la prévention de la santé. J'en parle parce que tout le monde le dit, il faut le faire. Vous en parlez vous aussi dans votre mémoire, mais s'il n'y a pas de carotte. . . Vous avez déjà certains besoins.

Ce matin, les représentants des hôpitaux d'enseignement et des collèges médicaux nous ont dit que les honoraires des médecins pour les services rendus en tant que proportion des fonds destinés à la santé ont augmenté de. . . Ils nous ont donné des chiffres, mais il ressort que leur part est descendue à 43 p. 100 seulement pendant que la vôtre montait de 25 à 33 p. 100. Il faut bien vous payer, n'est-ce pas? Alors, vous allez avoir un budget fixe.

Si nous voulons encourager les provinces à couvrir ou à inclure les systèmes de soutien à la maison ou les systèmes communautaires, il va falloir ajouter quelque chose. Dans ces conditions, il faut trouver une carotte, déterminer que nous augmenterons le financement de 10 p. 100 à condition que ces objectifs soient atteints.

**Dr. Moran:** Vous avez un peu changé de sujet; au début, nous parlions de prévention et de promotion et j'essayais de vous expliquer qu'à mon avis, on ne savait pas ce qu'il fallait faire pour obtenir que les gens changent de comportement. La plupart des gens savent parfaitement qu'il est mauvais pour la santé de fumer, qu'il ne faut pas avoir un excédent de poids, qu'il faut faire de l'exercice régulièrement et que l'alcool est mauvais pour la santé, pour ne nommer que quelques excès. Ce n'est vraiment pas parce que les gens ne le savent pas, mais dans l'ensemble, le comportement de la société ne favorise pas la bonne santé.

[Text]

The key is, how do you change that behaviour? There is an ideologic sort of sense that all you have to do is wave a magic wand, put in a whole bunch of community health centres, break the physician monopoly on health care, and all will be well. That may well be so, but what we think ought to happen before the federal government or any other level of government makes a major commitment of resources, whether by using carrots or targeted funding, is they should have some sense of the correctness of what they are doing. That is really what I was trying to say.

In the business of community support systems, I would suspect you and I agree on a whole lot of that. As I said earlier, if I had one major investment to make, I would make it in public health units so they could hire more public health nurses to have an executive role in community support, and pull in all the other resources that are needed to keep people out of institutions where they much prefer to be.

Once again, though, before you sort of change the structure of the system, would it not be as well to do some pilot projects and evaluate it? We think rather than use federal money to bully provinces, it might be better to use federal money to educate provinces once there is a reliable pool of information.

**Ms Coppes:** I agree with you that everybody is not going to give up all their vices overnight. Certainly there are some government strategies and some personal strategies.

Since it was raised, I was also thinking of the whole question of family planning and adolescent pregnancies. We know right now that in the province of Ontario alone if we had mandatory sex education in the schools or availability of information, then we would be able to cut down substantially on adolescent pregnancies and on the ancillary costs that are in the social system for abortions and everything else.

Yet politically, when we had a chance a few years ago with the amendment of the Ontario Public Health Act, the government hesitated to make that part of the curriculum, because they did not want to impose values. Information is not going to make an adolescent sexually active, but it will certainly prevent the unwanted result of a pregnancy. Yet politically we do not do that.

I see that as part of prevention and promotion and other strategies that maybe are community based, but not necessarily just getting people to quit smoking. You get the next generation not to smoke.

[Translation]

La question, c'est que doit-on faire pour modifier ce comportement? Idéologiquement, on a tendance à penser qu'il suffit de toucher une baguette magique, de créer une myriade de centres de santé communautaires et de démolir le monopole des médecins pour que tout aille bien. C'est fort possible, mais avant que le gouvernement fédéral ou un autre palier de gouvernement engage des ressources considérables, que ce soit sous forme de carotte ou de financement ciblé, nous pensons qu'ils doivent s'assurer du bon sens de leur décision. C'est tout ce que j'essayais d'expliquer.

Quant au système de soutien communautaire, j'ai l'impression que dans l'ensemble nous sommes assez d'accord sur cette question. Comme je l'ai dit plus tôt, si je devais faire un investissement majeur, ce serait dans les unités de santé publique pour qu'elles puissent engager plus d'infirmières de santé publique qui auraient des fonctions exécutives; d'autre part, il faudrait mobiliser toutes les ressources nécessaires pour faire sortir les gens des institutions qu'ils préfèrent de très loin.

Cela dit, encore une fois, avant de changer la structure du système, ne vaudrait-il pas mieux évaluer la situation et tenter des projets pilotes? Au lieu d'utiliser l'argent du fédéral pour rudoyer les provinces, il vaudrait beaucoup mieux l'utiliser pour éduquer les provinces lorsqu'on aura réuni une somme d'information solide.

**Mme Coppes:** Je suis d'accord avec vous, les gens ne vont pas abandonner tous leurs vices du jour au lendemain. Mais bien sûr, il y a des stratégies possibles pour le gouvernement et pour les particuliers.

Puisqu'on en a parlé, je pensais aussi à toute la question du planning familial et des grossesses chez les adolescentes. Nous savons maintenant qu'en Ontario seulement si l'éducation dans les écoles était obligatoire ou si des informations étaient disponibles, il serait possible de réduire considérablement le nombre des grossesses chez les adolescentes, avec toutes les économies que cela comporterait pour le système social, avortements, etc.

Et pourtant, sur le plan politique il y a quelques années, avec l'amendement de la Loi de l'Ontario sur la santé publique, nous avions l'occasion d'inscrire cela au programme, mais le gouvernement a hésité pour ne pas avoir l'air d'imposer aux gens certaines valeurs. Ce n'est pas l'information qui rendra un adolescent sexuellement actif, mais par contre, cela peut certainement éviter une grossesse non désirée. Et pourtant, c'est un acte politique que nous ne posons pas.

À mon avis, cela fait partie de la prévention et de la promotion, d'autres stratégies qui peuvent être mises en oeuvre dans la communauté, mais qui ne cherchent pas uniquement à convaincre les gens de cesser de fumer. C'est la génération suivante qu'on convainc de ne pas fumer.



[Texte]

[Traduction]

• 1645

**Dr. Moran:** I think that is more of a societal issue.

**Ms Copps:** Oh, sure.

**Dr. Moran:** The pool of knowledge is there, but, as you know, that sort of activity is a many-headed monster in the political sense. I do not think we have the credentials to advise government how to handle that issue. They are going to have to work that one out for themselves.

**Ms Copps:** Well, I say that because the Canadian Nurses Association, or certainly at the time the Ontario Nurses Association, was very clear in supporting a move toward public health units taking over the primary responsibility for the provision of that kind of information in their communities. As you probably know, if you have an optional program, the funding mechanism is 80:20; if it is a compulsory program, the province picks up the tab. So in some communities the public health unit does provide information and in other communities it does not. That is a very graphic example of how prevention dollars will pay dividends, not only in the health system but also in the social system.

**Mr. Geekie:** I do not think you would get any argument from the CMA. It has been a longstanding policy of the association. I do not know how many times we have written and campaigned for more extensive sex education both in the schools and in the community. In conjunction with the association's position vis-à-vis abortion, I do not think there is any major argument from the profession about the need for this, going back to the time when generally it was frequently expected that the profession should be carrying this. Certainly it has a major responsibility, but as stated time and time again, there is a need for what the physician can do in this area to be supplemented by both the community and the schools.

**Ms Copps:** I realize that I am digressing a little bit, but I raise that because I think sometimes we tend to think of promotion just as sort of changing individual life styles.

This will be my last point, Mr. Chairman; it is just sort of in passing. One of the recommendations was to follow the British model in relation to prenatal care. In the U.K. once a woman has a confirmation of pregnancy from her physician she is entitled to collect the baby bonus. So they get them into the system. They find that once they have a visit, they tend to have a repeat visit, and prenatal care will increase the wellness of babies and prevent a lot of the cost of post-natal care.

Now, that is not going to cost the federal treasury millions of dollars—a few months at \$32 or \$33 a month. Yet the saving to the health care system could be substantial if it is similar to what they have had there.

**Dr. Moran:** À mon avis, c'est beaucoup plus un problème social.

**Mme Copps:** Oh, absolument.

**Dr. Moran:** La connaissance existe, mais comme vous le savez, du point de vue politique, cette activité-là est un monstre à plusieurs têtes. À mon sens, nous n'avons pas la compétence nécessaire pour dire au gouvernement comment il doit aborder le problème. Il va devoir trouver des solutions tout seul.

**Mme Copps:** Si j'en parle, c'est que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, ou certainement à l'époque l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, était convaincue que c'était aux unités de santé publique de diffuser ces informations dans les communautés. Comme vous le savez, quand il s'agit d'un programme facultatif, le système de financement est partagé 80/20 et, s'il s'agit d'un programme obligatoire, c'est la province qui paie la facture. Dans ces conditions, dans certaines communautés, l'unité de santé publique offre ces informations mais dans d'autres, ce n'est pas le cas. C'est un exemple probant des avantages de la prévention, pas seulement dans le système de santé, mais également dans le système social.

**M. Geekie:** Ce n'est pas l'AMC qui vous contredira. Cela fait partie de la politique de l'association depuis très longtemps. Je ne sais pas combien de fois nous avons écrit pour réclamer plus d'éducation sexuelle dans les écoles et dans la communauté. Si vous ajoutez à cela la position de l'association face à l'avortement, vous pouvez constater que dans la profession personne ne conteste cette nécessité et cela remonte à une époque où, en règle générale, on s'attendait souvent à ce que la profession se charge de cela. C'est certainement une responsabilité importante, mais comme on l'a répété inlassablement, la communauté et les écoles doivent compléter l'action du médecin dans ce domaine.

**Mme Copps:** Je sais bien que c'est une digression, mais j'en parle car on a parfois tendance à penser que la promotion c'est simplement un moyen de changer le mode de vie des gens.

Monsieur le président, c'est ma dernière observation, très rapide. Une des recommandations était de suivre le modèle britannique en ce qui concerne les soins prénataux. Au Royaume-Uni, dès qu'une femme reçoit confirmation de sa grossesse de son médecin, elle a le droit de toucher l'allocation. C'est un moyen de les faire entrer dans le système. En effet, après une première visite, elles ont tendance à revenir, et les bébés qui ont été suivis de cette façon seront en meilleure santé, ce qui évitera beaucoup de frais post-nataux.

Voilà une mesure qui ne devrait pas coûter des millions de dollars au Trésor fédéral: quelques mois à 32\$ ou 33\$ par mois. Et pourtant, cela pourrait représenter des économies considérables pour le système de santé, si l'on en juge par ce qui se passe là-bas.



[Text]

**Mr. Geekie:** Mr. Chairman, this has been discussed at length. I would like to suggest to you that you consider a hard, practical current application of exactly what we are talking about in terms of prevention. There is another committee of the House, the justice committee, which at the moment, as we sit here, is looking at an amendment to the Criminal Code relative to illicit drug paraphernalia sales, and what have you. Although the intent of this is good, we think from a health perspective there is some serious question about the advisability of this. How serious and how difficult is this going to make it for diabetics and others to have access to syringes, needles, etc.? You people have looked at these questions. I am sure you are aware or can find out very readily that one of the major problems in the U.S., and probably the second or third leading cause of AIDS infection in this country, is the sharing of needles and syringes. To restrict needle availability for these people would appear, on the surface at least, to be nothing more than increasing the probability of such infection. Indeed, there are countries, including Sweden, who have gone the opposite route in providing needles and syringes, etc., free of charge for drug abusers to prevent such infection.

Mr. Chairman, may I suggest if your committee at some future date has time to look at this, or individually, that you speak to your colleagues in the justice committee to determine whether in fact this is a wise move for the Government of Canada to make. Are we going perhaps to resolve one problem to a small degree...? Drug abusers are going to get needles and syringes one way or another. In Vancouver East they do not have any problem getting them, whether at a drugstore or elsewhere; but we may in fact be creating an even larger problem.

• 1650

**Ms Copps:** Actually, we did look at that in *Booze, Pills and Dope: Substance Abuse in Canada* and made some recommendations. But in the United States they had similar preventive legislation and it has not really worked.

**The Chairman:** We have had a number of groups before us, among which are a number of allied health professionals. They are all, without exception I would say, calling for more opportunity for them to practise their own specific professions on a direct basis with the community, with patients, and they want to be funded by the prepaid health schemes. They recognize that this will cost more money. The money is not there, and they suggest that there should be some reallocation of resources, to use their terminology.

It occurred to me that around the world other countries are addressing this same problem. We seem to be the only country in the world that has first-dollar medical care coverage. The countries that have had social programs longer than we have, such as Sweden and

[Translation]

**M. Geekie:** Monsieur le président, c'est une possibilité dont on a longuement discuté. Je pense qu'il faudrait se pencher sur un modèle bien solide d'une application pratique de ce type de prévention. Il y a un autre comité de la Chambre, le Comité de la justice, qui, en ce moment même, étudie un amendement au Code criminel qui porte sur la vente d'appareils et d'instruments utilisés pour la consommation de drogues illégales. Cela part d'excellentes intentions, mais du point de vue de la santé, on a tout lieu de se demander si c'est vraiment une bonne idée. Dans quelle mesure cela risque-t-il de compliquer la vie des diabétiques, entre autres, qui ont besoin de seringues, d'aiguilles, etc.? Vous avez étudié ces questions et vous devez savoir, ou du moins vous pourrez constater très facilement qu'un des plus gros problèmes aux États-Unis, et probablement la seconde ou la troisième cause de propagation du SIDA dans ce pays, c'est le partage des aiguilles et des seringues. À première vue du moins, on peut penser qu'en contrôlant la distribution des aiguilles on contribue à répandre cette infection. D'ailleurs, il y a des pays, dont la Suède, qui ont choisi la voie inverse et qui offrent gratuitement des aiguilles et des seringues, etc., aux toxicomanes, justement pour empêcher ces infections.

Monsieur le président, si plus tard votre Comité a le temps d'étudier cet aspect, si vous voulez vous y intéresser à titre individuel, vous pourriez en discuter avec vos collègues du Comité de la justice et vous interroger ensemble sur le bien-fondé de cette mesure de la part du gouvernement du Canada. Est-ce que nous ne risquons pas de résoudre un problème dans une faible mesure...? Les toxicomanes se débrouilleront toujours pour trouver des aiguilles et des seringues. À Vancouver Est, ils n'ont aucun mal à s'en procurer, dans les pharmacies ou ailleurs. Mais avec une telle mesure, nous risquons de créer un problème encore plus grave.

**Mme Copps:** En fait, nous avons étudié la question dans notre rapport intitulé *Boisson, pilules et drogue: Comment diminuer leur consommation au Canada*, où nous faisons des recommandations. Mais aux États-Unis, une législation préventive du même genre n'a pas vraiment fonctionné.

**Le président:** Nous avons reçu un certain nombre de groupes et, parmi eux, des professionnels dans des secteurs périphériques de la santé. Tous, sans exception je pense, voudraient avoir des occasions de pratiquer leur profession plus directement avec la communauté, avec les patients et tous veulent être financés par des systèmes de santé payés d'avance. Ils reconnaissent que cela coûtera plus cher, que l'argent n'est pas disponible, mais ils pensent qu'on pourrait répartir différemment les ressources, ce sont leurs propres termes.

J'ai pensé que dans le reste du monde, il y avait des pays qui s'attaquaient au même problème. Apparemment, nous sommes le seul pays du monde qui rembourse la totalité des frais médicaux. Dans les pays qui ont des programmes sociaux plus anciens que les nôtres, comme

## [Texte]

Holland, are moving into an area where those who can afford to pay a certain amount are expected to contribute to their health care costs when they visit their health care professionals, up to a capped limit which has some sense. Those who cannot afford to pay of course are not expected to pay but get the same service.

Would the CMA have any comments on that kind co-payment, that kind of co-insurance, or a type of situation that might allow us then in Canada to have the extra funding that we need for these other professionals who are trying to get into the system so they will be covered in the same way as physicians are now? The money is not there and they acknowledge it, but this would be a source of the money if we were to do that.

**Dr. C. McMillan:** Addressing that is a tall order. At one level it would reopen the Canada Health Act debate and the whole system under which we operate, if you were to change it along that co-payment system.

Alternatively, I think it is our perception that if you were to incorporate other health care professionals in the manner suggested by them, it would probably be an add-on cost, at least at the outset.

I think, too, that a lot of this relates to jurisdictional turf arguments that tend to vary from province to province depending on demand and manpower need and resources.

It is very complex. I think a lot of us feel, even with our system now that you mentioned, that the most efficient way to deliver primary health care with reasonable access and the demands in the system is still in the main through the fee for service, the primary care physician delivery system—mindful that other systems, some of which have been referred to, may have to be looked at on a comparative basis, and in some cases other methods of payment or co-payment may be justified.

**Dr. Roberts:** Several people have brought into the discussion today the role of the allied health professionals: the nurses, the physiotherapists, and what have you. For your information, it would be well if you could have on your file or in your documents a publication from the CMA two years ago that is receiving much attention throughout the country. That is the publication *Perspectives on Allied Health*.

This very clearly and openly demonstrates our attitude towards the health professionals and how we see ourselves as working as a team for health care. It lists the various health professionals, what their role is, how they perceive themselves, how they are perceived by their patients, how they are perceived by other health professionals, how they are perceived by the medical profession, and how we can work together.

## [Traduction]

la Suède et la Hollande, de plus en plus, on s'attend à ce que les gens qui en ont les moyens payent une certaine proportion de leurs frais de santé quand ils vont voir des médecins, jusqu'à concurrence d'une certaine limite, et c'est assez logique. Par contre, ceux qui n'en ont pas les moyens sont soignés de la même façon mais ne doivent pas payer.

Qu'est-ce que l'Association pense de ce système parallèle, de cette co-assurance, d'un système qui pourrait nous permettre de trouver les fonds supplémentaires dont nous avons besoin pour ces autres professions médicales qui voudraient bien entrer dans le système et se faire payer comme les médecins le sont actuellement? Ils savent bien que l'argent n'est pas disponible pour l'instant, mais ce serait un moyen de trouver des fonds supplémentaires.

**Dr C. McMillan:** La réponse à cette question est loin d'être facile. Pour commencer, il faudrait relancer le débat sur la Loi canadienne sur la santé et l'ensemble du système actuel pour pouvoir passer à ce système de co-assurance.

D'autre part, si l'on fait entrer dans le système d'autres professions, comme elles le réclament, nous pensons que cela se traduirait par des coûts supplémentaires, du moins au départ.

Enfin, cela est lié également aux différends sur les diverses juridictions qui ne sont pas les mêmes d'une province à l'autre, qui dépendent de la demande, des besoins en matière de main-d'oeuvre et des ressources.

Tout cela est très complexe. Même avec notre système actuel dont vous avez parlé, la plupart d'entre nous pensent que dans l'ensemble, le moyen le plus efficace d'assurer les services de santé de base en offrant un accès raisonnable et en respectant le système, c'est toujours le système de paiement pour services rendus, celui des médecins. Cela dit, il ne faut pas oublier pour autant l'importance de certains autres systèmes dont on a parlé ni le fait que dans certains cas, d'autres méthodes de paiement ou de co-paiement pourraient se justifier.

**Dr Roberts:** Plusieurs personnes ont parlé aujourd'hui du rôle des professions parallèles de la santé: infirmières, physiothérapeutes, etc. Vous auriez intérêt à avoir dans votre documentation ou dans votre dossier une publication de l'AMC qui date d'il y a deux ans et dont on a beaucoup parlé dans le pays. Cette publication s'intitule *Perspectives professionnelles dans le secteur des soins de santé*.

On y explique très clairement et très ouvertement notre position face aux professions de la santé, on y explique comment notre travail est un travail d'équipe. On y donne une liste des diverses professions de la santé, on explique le rôle, la façon dont ces spécialistes se voient, la façon dont ils sont vus par leurs patients, par les autres professions de la santé, par la profession médicale, et on explique comment nous pouvons travailler en collaboration.



[Text]

**Dr. Moran:** The issue of the use of the team of health care providers or non-physician health care providers is a recurring theme. As I said earlier, the system is a very dynamic one. The rate at which activities are transferred to other providers is very considerable.

• 1655

The reason that some functions are not transferred is sometimes a little complex. I refer you back to the nurse practitioner program in Ontario which was largely centred in Hamilton. Again, the conventional wisdom is that because of the pressure of organized medicine the program went nowhere. Nothing could be further from the truth.

Why train nurse practitioners to replace what physicians are doing when we are teetering on the brink of a significant surplus of physicians? was the decision taken by the government of the day. That was why the program was terminated. If the pendulum swings back the other way, the issue will come back and we think it should.

The issue of whether non-physician providers should work on fee for service and tap into the OHIP pot is really a political decision. It is not one that we have to make.

Would user fees free up money to do other things? It well might, but I suggest that if we came in trying to sort of hold a brief for user fees, deterrent fees, or whatever with this committee, we may be giving the whole issue the kiss of death.

We would far prefer that as the universe unfolds. . . We think society is looking down a gun barrel, in terms of the increasing needs, the increasing demands of society to quality and access and whatever, with the limited resources at hand and the strong competition from other equally valid areas. We think it is going to be a very difficult challenge for government, but we think it is your job and not ours.

**Mr. Paul Rosenbaum (Committee Researcher):** There has been some discussion in the committee about the availability of specialized medical services. It is alleged that there is a surplus of physicians nationally and also that there is a maldistribution of those physicians geographically and in terms of medical specialties.

Could you explain the issue of maldistribution of physicians and how that might be best addressed?

**Dr. Roberts:** Orville Adams is the genius in our midst regarding the manpower situation.

**The Chairman:** Mr. Adams.

**Mr. Adams:** The Canadian Medical Association has been working with the Royal College of Physicians and Surgeons to validate a manpower data bank that the CMA has put in place. In fact, in two days the CMA's manpower committee is meeting with the Royal College

[Translation]

**Dr Moran:** Ce thème de l'équipe de professionnels de la santé, de professionnels qui ne sont pas des médecins, est sans cesse présent. Comme je l'ai dit tout à l'heure, le système est très dynamique. De plus en plus, certaines activités sont transférées d'une profession à une autre.

Les raisons qui empêchent le transfert de certaines fonctions sont parfois un peu complexes. Je vous rappelle le programme des infirmières de premier recours de l'Ontario qui était basé surtout à Hamilton. Là encore, on a cru généralement que la médecine organisée s'était débrouillée pour faire échouer le programme. Rien n'est plus faux.

Pourquoi former les infirmières pour leur permettre de remplacer les médecins dans certaines tâches quand nous sommes à la veille d'un excédent de médecins considérable? C'est la conclusion à laquelle était parvenu le gouvernement de l'époque. C'est pour cela que le programme a été interrompu. Si l'on revient à une situation inverse, on pourra repenser la question, et à juste titre.

Quant à savoir si des professionnels non médecins doivent être payés directement pour les services rendus et puiser dans les réserves de l'OHIP, c'est en fait une décision politique. Ce n'est pas à nous d'en décider.

Est-ce qu'en faisant payer directement les gens pour les services rendus on libérerait des fonds pour autre chose? C'est fort possible, mais je vous préviens qu'un système de ticket modérateur, un système fondé sur la dissuasion, etc., risque fort de condamner l'ensemble du système.

J'aimerais beaucoup mieux que les lois universelles. . . Nous avons l'impression que la société, en augmentant ses besoins, en augmentant ses exigences en matière de qualité et d'accès, etc., regarde directement à l'intérieur du canon d'un fusil, si l'on considère les ressources limitées dont nous disposons, sans parler de la concurrence importante des autres secteurs. Pour le gouvernement, la tâche ne sera pas facile, mais à notre avis, c'est à vous de l'accomplir et pas à nous.

**M. Paul Rosenbaum (chargé de recherche du Comité):** Le Comité a discuté des services médicaux spécialisés. On prétend que d'une façon générale il y a un excédent de médecins, mais également que les médecins sont mal répartis géographiquement, surtout compte tenu des spécialisations.

Pouvez-vous nous parler de cette mauvaise répartition des médecins, des solutions possibles?

**Dr Roberts:** En matière de main-d'oeuvre, Orville Adams est le génie parmi nous.

**Le président:** Monsieur Adams.

**M. Adams:** L'Association médicale canadienne a travaillé en collaboration avec le Collège royal des médecins et des chirurgiens pour entériner les données sur la main-d'oeuvre préparées par l'AMC. En fait, le comité de la main-d'oeuvre de l'AMC doit rencontrer



[Texte]

of Physicians and Surgeons, the Association of Canadian Medical Colleges, the licensing bodies, representatives from the provincial governments, and a representative of the federal government.

We are attempting to address the issue through educational programs, in terms of working with the medical schools to put in place programs that will attract people from rural communities. We are looking at other models in places like Minnesota where things like that have worked.

In Manitoba we probably have one of the better experiences. Dr. Robin Carter, who is a rural physician from Manitoba, has in fact been doing a fair bit of work on how to attract and keep people in the rural settings.

We are working with our provincial medical associations to try to put in place the correct incentive structures. We want to try to move physicians where necessary to those areas.

So it is an area that is a high priority with the CMA and we hope to actually have a green paper on the issue before our general council meeting in August. The board has accepted to deal with it as a high priority issue in October.

We hope to have a national health manpower meeting, chaired by the deputy minister of health, some time in November. At that meeting we will get a chance to deal with the maldistribution issue as well as the overall surplus or shortage issue.

**Dr. C. McMillan:** In Atlantic Canada we have been involved with trying to wrestle with this solution or this problem which has a number of components, some of which are political and societal. I think, sir, that we have been looking at it from the point of view of trying to beef up the resources in the area that would attract more trainees to stay in the area, be they in family practice, in terms of distribution, or specialty areas.

• 1700

I think we also feel that in some parts of the country it may be necessary on a practical level, short of legislating where people go, which we are fundamentally against, through billing numbers or whatever, that the medical schools and colleges may have to look at broadening their base in a number of ways, of applicants into programs, with the hope that they will go back to these areas and practise. However, once attracted to a major medical centre for 5 to 10 years, it becomes difficult to get them back, even when you attract people from rural areas. It is a societal, political problem.

**Ms Mitchell:** I was very interested in the reference in your document to Meech Lake, and I wish we had time to go into that. The question I really wanted to raise was whether the Canadian Medical Association was looking at the trade agreement. I am saying this really in a non-

[Traduction]

dans deux jours le Collège royal des médecins et des chirurgiens, l'Association canadienne des collèges médicaux, les organismes de réglementation, les représentants des gouvernements provinciaux ainsi qu'un représentant du gouvernement fédéral.

Nous essayons d'attaquer le problème grâce à des programmes d'éducation, et aussi en travaillant en collaboration avec les écoles de médecine; nous cherchons à créer des programmes pour attirer des gens des régions rurales. Nous étudions d'autres systèmes, comme celui du Minnesota qui a donné de bons résultats.

C'est probablement au Manitoba que nous avons fait notre expérience la plus concluante. Le docteur Robin Carter, un médecin rural du Manitoba, s'est beaucoup intéressé à la façon d'attirer les gens des régions rurales et à les convaincre d'y rester.

Nous travaillons en collaboration avec les associations médicales provinciales pour préparer des mesures d'encouragement. Nous voulons essayer d'amener des médecins à s'installer dans ces régions lorsque cela est nécessaire.

C'est donc une priorité pour l'AMC et nous espérons publier un Livre vert sur cette question avant notre assemblée générale du mois d'août. Le Conseil a déjà accepté d'en faire une de ses priorités pour octobre.

Nous espérons organiser une réunion nationale sur la main-d'oeuvre en novembre; ce serait le sous-ministre de la Santé qui présiderait la séance. Cela nous permettra d'étudier le problème de mauvaise répartition ainsi que le problème d'excédent et de pénurie.

**Dr C. McMillan:** Dans les Maritimes, nous avons essayé d'attaquer ce problème qui a plusieurs éléments, dont certains politiques et certains autres de société. Nous avons essayé, monsieur, d'accroître nos ressources dans la région, afin d'y attirer davantage de stagiaires qui seraient susceptibles d'y rester, pour exercer soit la médecine générale, soit une spécialité.

Nous pensons également que dans certaines régions du pays, il sera peut-être nécessaire de trouver des moyens pratiques, sans aller jusqu'à imposer aux médecins l'endroit où ils doivent exercer, ce à quoi nous sommes opposés, d'inciter peut-être les facultés de médecine à attirer davantage d'étudiants venant de ces régions dans l'espoir qu'ils veuillent y retourner pour y exercer. Cependant, même les étudiants venant des campagnes, une fois qu'ils ont passé quatre ou cinq ans dans un grand centre médical, ne tiennent guère à en repartir. C'est un problème de société et un problème politique.

**Mme Mitchell:** J'ai été très intéressée par votre mention de l'Accord du lac Meech et j'aurais voulu avoir le temps pour en parler avec vous. La question que je veux vraiment vous poser est de savoir si votre association a pris position sur l'accord de libre-échange. Je vous

[Text]

partisan way, but I think Canadians are very, very proud of the kind of health care system we have in Canada when they see people in the United States and compare it.

There are several things that I think are very worrisome, one being the appendix where they do open the playing field for medical institutions—American-style change and so on—to come in to a greater degree. The other thing is the whole question of the seven-year allowance for what is a subsidy.

**Mr. Adams:** Mr. Chairman, I think essentially what the CMA is doing right now is trying to understand the issue. We have participated in a free trade and health care workshop that was put on by the college of health services executive and sponsored by NHRDP. We have just received the book from the Canadian Council on Social Development. We are having someone come to speak to our political action committee on Saturday. I think that is where we are.

We have listened to the words of the government and the presentations from the government, and we have listened to the cautions from other people in the system. We are attempting, through careful study and information from others, to understand and put together something in the near future.

**The Chairman:** That is a good answer, Mr. Adams.

**Mr. Rosenbaum:** Dr. McMillan, you indicated your opposition to either legislating or regulating location of practice. Would that opposition include provisional licensing that would require new physicians to practise in under-served areas for a minimum specified period of time?

**Dr. C. McMillan:** Not necessarily, no.

**Mr. Rosenbaum:** That might be acceptable. Thank you.

**The Chairman:** Gentlemen, on behalf of the committee, may I thank all of you for being here today. We have enjoyed your presentations and the way you have handled our questions. If the need arises, we know where to contact you for future opinions.

**Dr. Roberts:** Thank you.

• 1705

**The Chairman:** The Chair would now like to welcome Dr. Mark Baltzan, from Saskatoon, as our witness. Dr. Baltzan is a past president of the Canadian Medical Association and is well known among health care professionals as a medical professional who is interested in the economics of medicine. In the past he has devoted a lot of his time to trying to analyse some of the issues that bear on the economics of the practice of medicine and health care in general.

[Translation]

demande cela sans aucun esprit partisan, car je pense que les Canadiens sont extrêmement fiers de leur régime de santé, par comparaison de celui des États-Unis.

Il y a plusieurs choses dans cet accord qui sont très inquiétantes, notamment l'annexe qui ouvre notre porte aux institutions médicales américaines—avec tous les changements qu'elles apporteraient avec elles—qui auraient une plus grande liberté d'action chez nous. Ensuite, il y a toute la question de la détermination des subventions.

**M. Adams:** Monsieur le président, l'AMC en est surtout à essayer de bien cerner les problèmes en ce moment. Nous avons participé à un atelier de travail sur le libre-échange et les services de santé organisé par le collège des directeurs des services de santé et parrainé par le PNRDS. Nous venons juste de recevoir le manuel du Conseil canadien de développement social. Un conférencier doit prendre la parole à notre Comité d'action politique samedi. Voilà où nous en sommes.

Nous avons écouté ce que le gouvernement avait à dire ainsi que les mises en garde lancées de divers côtés. Nous essayons de bien cerner la situation, en étudiant de près, en puisant aux sources d'information, afin d'arrêter une position dans un avenir proche.

**Le président:** C'est une bonne réponse, monsieur Adams.

**M. Rosenbaum:** Docteur McMillan, vous avez dit être opposé à ce que l'on impose, par une loi ou un règlement, le lieu d'exercice des médecins. Est-ce que cette opposition englobe des permis provisoires qui contraindraient les médecins nouvellement établis à pratiquer pendant quelque temps dans les régions mal desservies?

**Dr C. McMillan:** Pas nécessairement, non.

**M. Rosenbaum:** Ce pourrait être acceptable. Je vous remercie.

**Le président:** Messieurs, au nom du Comité, je vous remercie d'être venus. Nous avons apprécié votre exposé et la façon dont vous avez répondu à nos questions. Si le besoin s'en fait sentir, nous savons où vous joindre si nous souhaitons avoir des avis ultérieurs.

**Dr Roberts:** Je vous remercie.

**Le président:** Je veux maintenant souhaiter la bienvenue au docteur Mark Baltzan, de Saskatoon. Le docteur Baltzan est ancien président de l'Association médicale canadienne et il a la réputation, parmi les professionnels de la santé, de s'intéresser particulièrement à l'aspect économique de la médecine. Il a consacré beaucoup de son temps à analyser certains des facteurs économiques qui influent sur la pratique de la médecine et les soins de santé en général.



## [Texte]

We welcome you here to the committee this afternoon, Dr. Baltzan. We have a copy of your brief. Perhaps you would like to run us through it so we understand some of your concepts.

**Dr. M. Baltzan (Past President, Canadian Medical Association):** I would like to thank you very much for the opportunity to be here. I notice Mr. McCrossan is on the committee, and I think Mr. McCrossan has been on the banking committee too. What I intend to show him is that there is a close relationship between the health committee and the banking committee.

**The Chairman:** I told him this afternoon I wanted him to be here for sure, because he could address some of your issues probably better than anybody else.

**Mr. Duguay:** The next time we could ask for bad bankers instead of bad doctors.

**Ms Mitchell:** Yes, I think that is one thing we can agree on, Leo.

**Dr. Baltzan:** Did you hear the story about A and B? It really summarizes everything I have to say. After I tell this story I can get up and leave.

A said to B, did you hear about the great bank robbery? B said to A, no, whom did the bank rob this time? A said back to B, the health care system.

Now I will try to give some flesh to those bones.

**Mr. McCrossan:** I hope you are not going to "Crowe" before the committee.

**Dr. Baltzan:** No, but I might jimmy the lock.

**Mr. Duguay:** That is a good line, and it will be published for sure.

**Ms Mitchell:** It is nice to have somebody here from Saskatoon.

**Dr. Baltzan:** Several years ago I set out to make an objective examination of health care costs. I did not have any particular theories in mind, but as I began to think about it, I realized that to analyse health care costs... they had to be measured in three different ways, because you have three different meanings. The first thing you had to do was determine what I came to call the absolute health care cost; that is, how many dollars we spend on all of health care—hospitals, doctors, etc.—per year. I also realized that when we did this, we had to do it in constant dollars, because you cannot compare year to year unless you take out the inflation factor. So the first cost we have is the absolute health care cost.

The second cost I thought we had to have was the measure of the affordability of the system. If you decide whether you can afford something, you do not simply look at its price, you look at its price in relationship to your income. So affordability is a price-income ratio. For health care, the way we measure this price-income ratio is to take the total health care cost and divide it by the gross

## [Traduction]

Soyez le bienvenu à notre Comité, docteur Baltzan. Nous avons une copie de votre mémoire. Peut-être voudrez-vous le résumer afin que nous puissions bien saisir certaines des notions que vous y avancez.

**Dr M. Baltzan (ex-président, Association médicale canadienne):** Je vous remercie de votre invitation. J'ai remarqué la présence de M. McCrossan au Comité et je crois qu'il siège également à celui des banques. J'ai l'intention de lui démontrer qu'il existe une relation étroite entre le Comité de la santé et le Comité des banques.

**Le président:** Je lui ai dit que je tenais absolument à ce qu'il soit là cet après-midi car il serait sans doute le mieux à même de traiter des questions que vous allez soulever.

**M. Duguay:** La prochaine fois nous ferons venir de mauvais banquiers plutôt que de mauvais médecins.

**Mme Mitchell:** Oui, je pense que c'est une chose sur laquelle nous pourrions nous mettre d'accord, Léo.

**Dr Baltzan:** Avez-vous entendu l'histoire de A et B? Elle résume très bien ce que j'ai à dire. Lorsque vous l'aurez entendue, je pourrai m'en aller.

A dit à B: «Avez-vous entendu parler du gros «hold-up» de la banque? B répond: «Non, qui la banque a-t-elle dévalisé cette fois-ci?» A réplique: «Le système de santé».

Je vais essayer maintenant d'habiller un peu la carcasse.

**M. McCrossan:** J'espère que vous n'allez pas vous déguiser en épouvantail.

**Dr Baltzan:** Non, mais je vais peut-être crocheter la serrure.

**M. Duguay:** Bonne réplique, elle sera publiée, soyez-en certain.

**Mme Mitchell:** Il est bon d'avoir quelqu'un de Saskatoon cet après-midi.

**Dr Baltzan:** Il y a plusieurs années j'ai entrepris une analyse objective du coût de la santé. Je n'avais aucune théorie arrêtée dans ma tête mais lorsque j'ai commencé à y réfléchir, je me suis rendu compte que pour analyser les coûts de la santé, il fallait mesurer de trois façons différentes car il y a trois aspects différents. Premièrement, il faut déterminer ce que j'appelle le coût absolu des soins de santé, c'est-à-dire les dépenses totales consacrées à la santé, hôpitaux, médecins, etc., par an. J'ai réalisé également qu'il faut faire ce calcul en dollars constants, car on ne peut pas effectuer de comparaison d'une année sur l'autre sans faire abstraction de l'inflation. Le premier coût qu'il faut donc considérer est le coût absolu des soins de santé.

Ensuite, il m'a semblé qu'il fallait déterminer dans quelle mesure nous avons les moyens de l'assumer. Si l'on veut décider si l'on a les moyens de quelque chose, il ne suffit pas de regarder le prix, il faut considérer également le revenu. Le prix d'un bien est donc en fonction du revenu. Dans le cas des soins de santé, il faut donc comparer le coût total des services et le diviser par le



[Text]

national product. That particular number I called the relative health care cost, or RHC.

• 1710

The third thing I decided—and the Hall report actually goes into this in some detail—is that we had to have the investment cost or the rate of return—in other words, what you get for your money—the investment cost or the benefit cost or the cost-benefit ratio. I approached that in a particular fashion that is not entirely satisfactory but that I do believe gives us some clues.

What I would like to do now is go back over these three costs—the absolute health care cost, the relative health care cost and the benefit health care cost—and see how they came out and then decide where the problem is.

There is some really very striking and startling information available about the absolute health care costs. When the data came up on my computer, I fell off the stool. I can summarize it by saying that, despite public belief to the contrary, despite the aging of the population, and despite the explosive increase in medical technology, the real dollar growth rate of Canadian health care costs has decelerated 70% in the last 40 years to new low levels. In other words, the percentage rise—not the absolute rise, but the percentage rise—in health care costs is now virtually as low as it has ever been.

**Ms Mitchell:** Over how many years?

**Dr. Baltzan:** Since about 1945 when we started to measure it. Health care costs in real terms in the 1940s were rising at about 12% per annum and in the 1950s at about 10% per annum. Currently they are rising at about 4% per annum.

There is another very interesting thing you can do about absolute health care costs. If you go back to the Hall commission report of 1965, Hall projected Canadian health care costs out to the turn of the century. Actually, if you take them for 1985, on one basis of calculation they are slightly lower than he projected and on another basis they are slightly higher. But certainly when Canadians accepted Hall's recommendations for health care, the price they are paying for it is not significantly higher than he quoted; in fact, it may be less.

So I do not believe we can possibly justify the argument that there are run-away health care costs in Canada. They are not spiralling upward, because spiralling means accelerating, and they are decelerating. So from that point of view, I think that is pretty good news.

Now, let us talk about health care costs relative to the GNP, or the relative health care costs. These were about 6% of GNP in about 1960, and by 1972 they rose to about 7.2%. So health care costs were rising significantly faster than the GNP during that time, and that was pretty much

[Translation]

produit national brut. Ce chiffre, c'est ce que j'appelle le coût relatif des soins de santé, ou CRS.

Le troisième élément—et le rapport Hall en traite de façon assez détaillée—est le coût de l'investissement ou le rapport—en d'autres termes, ce que l'on obtient en échange de son argent—c'est-à-dire le rapport coûts-bénéfices. J'ai abordé cette analyse d'une manière qui n'est pas entièrement satisfaisante, mais qui apporte néanmoins certains enseignements.

Ce que je voudrais faire maintenant, c'est passer en revue ces trois coûts—le coût absolu des soins de santé, le coût relatif et le rapport coûts-bénéfices—afin de les chiffrer et voir ensuite où réside le problème.

Le coût absolu des soins de santé donne des résultats assez surprenants. Lorsque j'ai vu apparaître les chiffres sur mon ordinateur, j'ai failli tomber de ma chaise. On peut résumer en disant que, en dépit de la croyance populaire, en dépit du vieillissement de la population et en dépit de l'explosion de la technologie médicale, le taux de croissance en dollars réels du coût de la santé au Canada a diminué de 70 p. 100 au cours des 40 dernières années et est aujourd'hui plus bas qu'il n'a jamais été. En d'autres termes, la hausse en pourcentage—non pas la hausse absolue mais la hausse en pourcentage—du coût de la santé est aujourd'hui plus faible qu'elle n'a jamais été.

**Mme Mitchell:** Depuis combien de temps?

**Dr. Baltzan:** Depuis environ 1945, année où l'on a commencé à mesurer ce coût. En termes réels, le coût de la santé augmentait à un rythme de 12 p. 100 par an dans les années 40 et de 10 p. 100 par an dans les années 50. Aujourd'hui, la hausse est tombée à près de 4 p. 100 par an.

Il y a un autre calcul très intéressant que l'on peut faire au sujet du coût absolu de la santé. Si vous regardez le rapport de la Commission Hall de 1965, vous y trouverez une projection des coûts de santé au Canada jusqu'à la fin du siècle. Si vous regardez les projections pour 1985, selon une formule de calcul, le coût effectif est légèrement plus faible que la projection et selon une autre formule légèrement plus élevé. Quoi qu'il en soit, lorsque les Canadiens ont accepté les recommandations de la Commission Hall, le prix qu'ils paient aujourd'hui n'est pas sensiblement plus élevé que ce qui était prévu et il se pourrait même qu'il soit inférieur.

Je ne pense donc pas qu'il y a un emballement du coût de la santé au Canada. Il n'y a pas de spirale inflationniste car cela signifierait qu'il y a accélération de la hausse, alors qu'il y a au contraire ralentissement. Donc, de ce point de vue, c'est plutôt une bonne nouvelle.

Voyons maintenant le coût de la santé relativement au PNB. Le rapport était d'environ 6 p. 100 en 1960 et il est passé à 7,2 p. 100 en 1972. Les dépenses de santé augmentaient donc sensiblement plus vite que le PNB durant cette période et cela était prévisible car c'est le

[Texte]

to be expected because that was when we introduced medicare. Certainly, one of the things I keep telling people is that the purpose of introducing medicare was to increase utilization; or as some politicians tell me, we just wanted to increase access, not utilization. Should I try that one again?

**Ms Mitchell:** We got it; it is okay.

**Dr. Baltzan:** It was too dirty, was it? I will wash my mouth out with soap.

I think that was an expected cost. From 1972 to 1982 the relative health care costs in Canada did not change. They remained constant for nearly a decade. Then in 1982 they abruptly increased to about 8.5%, a huge increase, and they have been there ever since, although I suspect they may have fallen slightly lately. The reason I say that is that they are about a year late in getting out the data, and usually they are a year late in getting out the data when it is good news for us and bad news for them. But in any case, we are already back to 1985 where it has been stable.

Now, this recent rise, the jump from 7.2% to 8.5%, correlates with a slow rise in health care costs, but with a very slow rise in the rate of the GNP growth. In Canada, from 1935 to 1975 the GNP growth rate annually averaged over 5.5%. From 1975 onward to 1987 it has averaged about 2.5%. I think that is probably the most startling economic fact in Canada.

• 1715

That is not to say that the present government and the previous government have not had some pretty good economic performances. Canada's economy compared with the world's is pretty good. A lot of the world's is a lot worse than that. But we will come back to the particular reason for that one later on.

What we have now really is a significant rise in our relative health care costs. We have a very serious question as to the affordability of health care, not because health care is rising rapidly but rather because we are not rich enough to afford what we used to be able to afford.

Now, benefits. What do you get out of your health care system? I think the first thing we have to do is define the product, and in the health care system I believe we have three products: apples, oranges and potatoes. The apples are premature deaths prevented. The oranges is morbidity prevented, and by that I mean getting an artificial hip so you can walk and you are not in pain; having a coronary bypass so you can work again; having an artificial lens put in, things like that. So first, premature death prevention, second, morbidity prevention, and third, the catch-all for the rest, which is the provision of relief from pain and suffering for physical and anxiety pain.

[Traduction]

moment de l'introduction de l'assurance-maladie. Je ne cesse jamais de rappeler autour de moi que l'objectif de l'assurance-maladie est justement d'accroître l'utilisation des services de santé; les hommes politiques disent plutôt qu'ils voulaient faciliter l'accès et non pas accroître l'utilisation. Est-ce que vous me suivez?

**Mme Mitchell:** Nous avons compris, allez-y.

**Dr Baltzan:** C'était un coup bas, n'est-ce pas? Il faudra m'arracher la langue.

Quoi qu'il en soit, c'était là un phénomène prévu. De 1972 à 1982, le coût relatif des soins de santé au Canada n'a pas changé. Il est resté constant pendant près d'une décennie. Ensuite, en 1982, il a soudain bondi à près de 8,5 p. 100, soit une augmentation très forte, et il est resté à peu près à ce niveau depuis, à moins qu'il n'est légèrement reculé comme je le soupçonne. En effet, les statistiques ont toujours une année de retard et en général on diffère leur publication lorsqu'il s'agit de bonnes nouvelles pour nous et de mauvaises nouvelles pour eux. Quoi qu'il en soit, nous sommes déjà retombés au niveau de 1985, c'est-à-dire que le coût est stable.

Cette augmentation récente, le bond de 7,2 à 8,5 p. 100, correspond à une période de croissance lente des coûts de santé mais accompagnée d'une croissance très faible du PNB. Au Canada, de 1935 à 1975, la croissance moyenne du PNB a été de 5,5 p. 100. De 1975 à 1987, cette croissance n'a plus été que de 2,5 p. 100. C'est sans doute cela le chiffre économique le plus surprenant au Canada.

Cela ne signifie pas que le gouvernement actuel et le précédent n'aient pas obtenu de bons résultats économiques. L'économie canadienne, en comparaison avec le reste du monde, est plutôt forte. Un grand nombre de pays s'en tirent beaucoup moins bien. Nous reviendrons à cet aspect particulier plus tard.

Nous sommes donc confrontés à une hausse sensible du coût relatif des soins de santé. Cela pose une grave question, celle de savoir dans quelle mesure nous avons les moyens qu'exige notre système de santé, non pas tant que le coût des soins ait tellement augmenté, mais plutôt parce que nous ne sommes plus suffisamment riches pour nous offrir ce que nous avions auparavant.

Venons-en maintenant aux avantages. Que retirons-nous de notre système de santé? Je pense qu'il faut commencer par définir le produit et il me semble que le système de santé nous en fournit trois: des pommes, des oranges et des pommes de terre. Les pommes sont les décès prématurés évités. Les oranges sont la réduction de morbidité et j'entends par là le fait de poser une hanche artificielle qui vous permette de marcher et de ne pas souffrir, un pont coronarien qui vous permet de travailler de nouveau, la pose d'une lentille artificielle, etc. Donc, premièrement, prévention du décès prématuré, deuxièmement, prévention de la morbidité et, troisièmement, tout ce qui reste, à savoir le soulagement



[Text]

We can measure the number of deaths we prevent. We cannot measure the other two, but the skills for the other two are the same as the skills for preventing death. So we can use death prevention as the index product for medical care, and we can look at and see the number of changes in the number of lives saved, or deaths prevented, as the product, and see how much it costs us.

We have to be a little cautious when we do this because it is clear that spending other than health care spending might conceivably save lives. On the other hand, health care is the system that is set up to save lives and we know from dramatic decreases in mortality rates that lives are being saved, so it makes more sense at first blush to attribute any lifesaving to the health care system than to the tooth fairy.

Let us just take a look and see what happens. We are dealing here also only with premature deaths, because obviously doctors are not in the provision of death prevention, we are only in the provision of premature death prevention.

**Ms Mitchell:** How do you define premature death?

**Dr. Baltzan:** That is what I am going to do right now. Since the 50% survival time is roughly age 80, I have said the first half of the population that dies died prematurely, and the second half dies maturely. So I arbitrarily took anybody who dies under age 80 as a potentially saveable life, or premature death.

**Ms Mitchell:** That is very interesting.

**Dr. Baltzan:** It does not really matter very much what you do. There are a variety of ways you can look at it and the answer comes out to roughly the same. For example, you can take a look at the age to which 90% of the population lives. In 1951, 10% of the population was dead by age 24. In 1981, 10% of the population was dead by age 58. That is quite a jump in a fairly short period of time.

In any case, in 1981, 23,000 people lived who would have died if the mortality rates were the same as they were in 1971. In 1981, 39,000 lived who would have died if the mortality rates were the same as they were in 1961, and 60,000 lived who would have died if the mortality rates were the same as they were in 1951.

These lives saved are lives saved. Whether they are attributable entirely to health care or not is a matter that may be argued. I think it is reasonable to assume at least some of them are. But there is no doubt that we are saving lives in considerable quantity. This also puts the reverse onus on somebody who wants to cut health care costs and say, then you are taking a chance in saying that the health care system does not save these lives.

[Translation]

de la douleur, de la souffrance physique et de l'angoisse morale.

On peut mesurer le nombre de décès que l'on évite. On ne peut pas mesurer les autres facteurs, mais ils font appel aux mêmes compétences que le premier. On peut donc utiliser la prévention des décès comme indice significatif de l'ensemble des soins de santé et voir comment cet indice a évolué et combien il nous coûte.

Il faut se montrer quelque peu prudents car des dépenses effectuées dans d'autres domaines peuvent également contribuer à sauver des vies. Par contre, le système de santé est organisé spécifiquement pour sauver des vies et nous savons, d'après la chute spectaculaire de mortalité, que nous sauvons effectivement des vies. Il est donc assez raisonnable, de prime abord, d'attribuer la prévention des décès au système de santé plutôt qu'aux petits lutins.

Jetons donc un coup d'oeil et voyons ce qui se passe. D'abord, il faut voir ici les décès prématurés, car évidemment la médecine ne prévient pas le décès, mais uniquement le décès prématuré.

**Mme Mitchell:** Qu'entendez-vous par décès prématuré?

**Dr Baltzan:** J'allais justement y venir. Étant donné que la durée de vie de 50 p. 100 de la population est d'environ 80 ans, j'ai postulé que la première moitié de la population qui décède le fait prématurément et la deuxième décède à un âge normal. J'ai donc considéré arbitrairement que quiconque décède avant l'âge de 80 ans pourrait potentiellement être sauvé, autrement dit, meurt prématurément.

**Mme Mitchell:** C'est très intéressant.

**Dr Baltzan:** Peu importe finalement la base de calcul. On peut appliquer d'autres formules et la réponse est toujours à peu près la même. Par exemple, on peut prendre l'âge que 90 p. 100 de la population atteint. En 1951, 10 p. 100 de la population décédait avant l'âge de 24 ans. En 1981, 10 p. 100 de la population décède avant l'âge de 58 ans. Cela fait une différence sensible en un très court laps de temps.

Quoi qu'il en soit, en 1981, 23,000 personnes vivaient qui seraient décédées si le taux de mortalité était resté inchangé depuis 1971. En 1981, 39,000 personnes vivaient qui seraient décédées si le taux de mortalité était resté le même qu'en 1961, et 60,000 vivaient qui seraient décédées si le taux de mortalité était toujours le même qu'en 1951.

Ce sont là des vies qui ont été sauvées. Que l'on puisse l'attribuer entièrement au système de santé ou non est un point dont on peut débattre. Il est en tout cas raisonnable de postuler que c'est le cas d'au moins un certain nombre. Il ne fait pas de doute que nous sauvons quantité de vies. Cela impose au moins le fardeau de la preuve à celui qui veut couper les dépenses de santé en arguant que celles-ci sont inutiles.



[Texte]

It turns out also that you can calculate the cost per unit. If you assume that all of the health care funds are used for the purpose of saving lives and everything else we do is free, then it cost \$217,000 to save a life in 1961, \$725,000 in 1971, and \$270,000 in 1981. There was a huge drop in the mortality rate after the introduction of technology in 1971, so the cost per unit has not increased.

**Ms Coppes:** Does that include morbidity?

• 1720

**Dr. Baltzan:** No, I have used mortality as an index, because you cannot count all the damned operations that are done. So I have taken mortality as the index number and said whatever is going on in mortality must be going on in morbidity and—

**Ms Coppes:** Whatever is happening in decreased mortality rates should in some cases prompt increased morbidity rates, I would think, because you are saving people whose quality of life may be diminished.

**Dr. Baltzan:** That is perfectly true. But most of the quality is not diminished.

So now we come to the situation that as far as we can tell, my argument is that absolute health care cost is rising at a perfectly reasonable rate—the benefit health care cost is good, we are getting some value for the money we are spending on health care, we are not throwing it away, we are getting more lives saved for the incremental amounts of money we put in, the cost per unit is pretty good—but we find our relative health care cost is rising to make the thing unaffordable; and we find it is rising because the national income is not rising fast enough. So it seems to me our basic problem is not a problem of health care but a problem of national income.

Let us take a look and see what has happened to the national income. When one makes a diagnosis medically, one looks for a coincidence of events. Something happened to our national income in 1975. What was it? What it was was a very straightforward thing. Governor Bouey went to Saskatoon. At Hotel Bessborough in Saskatoon he announced a monetarist policy, in which he said, and subsequently Mr. John Crowe also said—and I have a quote—

**Mr. Duguay:** He should have stayed at the Cavalier.

**Mr. McCrossan:** He is not willing to give OPEC a single bit of credit.

**Dr. Baltzan:** Yes, OPEC caused it in any case. The reason Governor Bouey got all the opportunity was that we got frightened of inflation. The Bank of Canada has taken over monetary policy since that time. Of course Boeker did in the States too. Their number one fear is inflation. They have decided we will squeeze inflation out

[Traduction]

Il s'avère que l'on peut calculer également le coût unitaire. Si vous postulez que toutes les dépenses de santé servent à sauver des vies, et que tout le reste est gratuit, alors il en coûtait 217,000\$ pour sauver une vie en 1961, 725,000\$ en 1971 et 270,000\$ en 1981. Il y a eu une forte chute du taux de mortalité après l'introduction de la technologie en 1971, si bien que le coût unitaire n'a pas augmenté.

**Mme Coppes:** Est-ce que cela englobe la morbidité?

**Dr. Baltzan:** Non, j'ai utilisé le taux de mortalité à titre d'indice, car il est impossible de dénombrer toutes les opérations qui sont faites. J'ai donc utilisé la mortalité comme indice et conclu que ce qui se passe du côté de la mortalité se passe sans doute également du côté de la morbidité et. . .

**Mme Coppes:** Il me semble que s'il y a une réduction du taux de mortalité, il devrait dans certains cas y avoir une augmentation du taux de morbidité, car vous sauvez la vie de personnes dont la qualité de la vie est peut-être diminuée.

**Dr. Baltzan:** Cela est tout à fait vrai, mais dans la plupart des cas, la qualité de vie n'est pas réduite.

On en arrive maintenant à une situation où, d'après ce qu'on peut constater, le coût absolu des soins de santé augmente à un rythme tout à fait raisonnable—le rapport coûts-bénéfices des soins de santé est bon, on obtient quelque chose pour l'argent que l'on consacre aux soins de santé, cet argent n'est pas gaspillé, davantage de vies sont sauvées grâce aux fonds supplémentaires que nous versons, et le coût par unité est assez bon—mais les coûts relatifs des soins de santé augmentent de telle sorte que nous n'avons plus les moyens nécessaires pour payer. Et si l'on trouve que le coût augmente, c'est que le revenu national, lui, n'augmente pas assez vite. Le problème fondamental ne se situe donc pas du côté des soins de santé mais du côté du revenu national.

Voyons voir ce qui s'est passé avec le revenu national. Lorsqu'on fait un diagnostic médical, on cherche un concours d'événements. Quelque chose est arrivé à notre revenu national en 1975. Quoi? Quelque chose de très simple. M. Bouey, gouverneur de la Banque du Canada, est allé à Saskatoon. Il a à l'Hôtel Bessborough de Saskatoon annoncé une politique monétariste, et il a déclaré—ce qui a été repris par la suite par M. John Crowe—et je cite. . .

**M. Duguay:** Il aurait dû descendre au Cavalier.

**M. McCrossan:** Il ne veut absolument rien accorder à l'OPEP.

**Dr. Baltzan:** Oui, de toute façon c'est l'OPEP qui en était responsable. Si M. Bouey a saisi l'occasion, c'est que nous avions peur devant l'inflation. C'est depuis ce jour que la Banque du Canada s'occupe de la politique monétaire. Evidemment, M. Boeker a fait la même chose aux États-Unis. La crainte numéro 1 des Américains c'est

*[Text]*

of the system. And they found an excellent way of squeezing inflation out of the system, raising the interest rates, because that reduces prosperity, and without prosperity you very seldom get inflation. So every time we show signs of a degree of economic growth, the Bank of Canada and the U.S. Federal Reserve Board turn up the interest rates. Their criterion for growth is 3%; and 3% economic growth will not support a 4.5% rise in health care costs.

It is interesting that we have a very peculiar economic theory now. We have an economic theory that says to pay your banker is anti-inflationary, but to pay your doctor or to pay high wages is inflationary; which is very convenient for the bankers. I do not quite understand it.

The health care system has risen in cost from 6.5% to 8.5% of our GNP, and everybody is alarmed that we are going to bankrupt the system. The cost of private interest in the same 20-year period has risen from 3% to 8% of GNP, and nobody seems to be alarmed. My point is that if you pay more for health care, you have a chance of getting better health care; if you pay more for your mortgage, you do not get a better house.

**Mr. Duguay:** Having stayed in the Bessborough on a number of occasions, I think which room he got might seriously affect what shape he was in in the morning.

I wanted to ask you some questions about the conclusion you drew about percentages. Percentages applied to small numbers are a big deal; percentages applied to large numbers can be a little deal. For instance, if you were to take a doctor's salary in 1985, and a nurse's salary and a labourer's salary, you might conclude in my province, depending on how you want to do it—these are ball-park numbers—a doctor might have \$100,000, a nurse \$35,000, and a labourer perhaps as low as \$10,000. Because percentages are the way they are, if you were to allow their salaries to increase at an annual rate of 12%, some six years later or thereabouts one would be earning \$200,000, one would be earning \$70,000, and one would be earning \$20,000.

I know that, if I were at the bottom end of that percentage type of operation and my salary had increased by \$10,000, that buys a heck of a lot fewer oranges and potatoes than the person whose salary increases by \$100,000.

*[Translation]*

l'inflation. Ils ont décidé qu'ils ne laisseront aucune place à l'inflation à l'intérieur du système et ils ont trouvé un excellent moyen d'y parvenir: augmenter les taux d'intérêt, car cela réduit la prospérité, et en l'absence de prospérité, il n'y a que très rarement de l'inflation. Par conséquent, chaque fois que l'on entrevoit des signes d'une croissance économique, la Banque du Canada et la U.S. Federal Reserve Board augmentent les taux d'intérêt. Leurs critères en ce qui concerne la croissance c'est 3 p. 100, et une croissance économique de 3 p. 100 ne suffira pas pour contrecarrer une augmentation de 4,5 p. 100 du coût des soins de santé.

Chose intéressante, nous avons à l'heure actuelle une théorie économique très bizarre en vertu de laquelle payer votre banquier, c'est anti-inflationniste, mais payer votre médecin ou payer des salaires élevés, c'est inflationniste. Cela est très pratique pour les banquiers, mais je ne comprends pas très bien.

Le coût du système de soins de santé est passé de 6,5 p. 100 à 8,5 p. 100 de notre PNB, et tout le monde craint que cette tendance à la hausse va amener la faillite du système. Le coût des intérêts sur les prêts personnels pendant la même période de 20 ans est passé de 3 à 8 p. 100 du PNB, et cela semble n'inquiéter personne. Ce que j'essaie de faire ressortir c'est que si vous payez plus pour les soins de santé, vous avez de meilleures chances d'obtenir des soins de santé supérieurs, mais si vous payez plus pour votre hypothèque, vous n'allez pas vous retrouver avec une meilleure maison.

**M. Duguay:** Étant moi-même descendu au Bessborough à plusieurs reprises, je pense que la chambre qu'on lui a donnée a pu avoir une très forte incidence sur la façon dont il s'est senti le lendemain matin.

J'aimerais vous poser des questions au sujet de la conclusion que vous avez tirée relativement au pourcentage. Lorsqu'on applique des pourcentages à de petits nombres, c'est toute une affaire; lorsqu'on applique des pourcentages à des nombres importants, cela peut ne pas être grand-chose. Par exemple, si vous preniez le salaire d'un médecin en 1985 et ceux d'une infirmière et d'un ouvrier, vous concluriez peut-être que dans ma province, selon la formule que vous voudrez suivre—et ce que je vous donne ici ce sont des chiffres très approximatifs—un médecin aurait gagné 100,000\$, une infirmière 35,000\$ et un ouvrier peut-être pas plus que 10,000\$. Compte tenu de la nature des pourcentages, si vous laissez leurs salaires augmenter annuellement de 12 p. 100, après environ six ans, l'un gagnerait 200,000\$, l'autre 70,000\$ et l'autre encore 20,000\$.

Je sais que si je me situais au niveau le plus bas de ce pourcentage et que mon salaire augmentait de 10,000\$, mon pouvoir d'achat serait beaucoup moins élevé que celui dont le salaire a augmenté de 100,000\$.



[Texte]

Having done some negotiation over a 15-year period, we very often for large groups accepted the principle that either there would be a smaller percentage at the high end of the scale or there would be a combination of a flat rate and a percentage.

So, in order to equalize those two numbers, what...?

**Dr. Baltzan:** What you say is perfectly true. I have no difficulty with that whatsoever. The ratio between them would remain the same.

**Mr. Duguay:** Yes.

**Dr. Baltzan:** The absolute amount would not. The issue I was dealing with was whether health care costs are spiralling upward. When we use the term "spiralling", we mean acceleration. That means the rate is increasing. My argument is that certainly the absolute dollar amount is increasing—

**Mr. Duguay:** Right.

**Dr. Baltzan:** —but the rate is not increasing. The rate is decreasing.

**Mr. Duguay:** On a percentage basis, I do not disagree.

**Dr. Baltzan:** So that is all I was saying. As a matter of fact, in terms of an absolute dollar amount the cost per life saved in 1981 is barely above what it was in 1961.

**Mr. Duguay:** I am not an expert in that field, but if you follow that theory then you might come to the conclusion that if we had tripled our expenditure then we might have saved all the lives.

Do you think it is reasonable to establish health costs as a percentage of GNP?

**Dr. Baltzan:** Yes, for one purpose. It tells you whether it is affordable. That is the thing I tried to get across: that there is not just one way to measure health care costs. Health care costs must be measured from a number of different points of view, because each of the points of view gives you something different. With a percentage of GNP, it tells you whether it is affordable or not. It does not tell you whether it is worthwhile. The benefit health care cost tells you whether it is worthwhile.

**Mr. Duguay:** Take your thesis about the Crowe rate or that other thing you call it, the rate of interest.

**Ms Mitchell:** The Crowe rate?

**Mr. Duguay:** What would you do to that rate, and what would be its effects in terms of the whole economy?

**Dr. Baltzan:** I have a great deal of difficulty understanding why people have so much difficulty with the Japanese economy. They think the Japanese economy works wonderfully well because their workers have lifetime contracts and they sing the company song off key every morning before they go to work. I do not think that is why the Japanese economy is so good; I think it is

[Traduction]

Nous nous occupons de négociations depuis une quinzaine d'années et très souvent pour des groupes numériquement importants, nous avons reconnu qu'il faudrait soit un pourcentage moins élevé aux échelons supérieurs de l'échelle salariale, soit la combinaison d'un montant forfaitaire ainsi que d'un pourcentage.

Que faire donc pour uniformiser ces deux chiffres?

**Dr. Baltzan:** Ce que vous dites est tout à fait vrai. Je l'admets sans difficulté aucune. Leurs ratios resteraient le même.

**M. Duguay:** Oui.

**Dr. Baltzan:** Mais pas les montants absolus. J'essayais de déterminer si les coûts des soins médicaux sont en train de monter en flèche. Quand on parle de «monter en flèche», on parle d'une accélération. Ce que je veux dire c'est qu'en valeur absolue, les montants augmentent. . .

**M. Duguay:** Oui.

**Dr. Baltzan:** . . . contrairement au taux qui diminue.

**M. Duguay:** En termes de pourcentage, je suis d'accord.

**Dr. Baltzan:** C'est tout ce que je suis en train de dire. En fait, en valeur absolue, le coût par vie sauvée en 1981 est à peine plus élevé que ce qu'il était il y a à peine 20 ans.

**M. Duguay:** Je ne suis pas spécialiste de ce domaine, mais en appliquant cette théorie, vous pourriez conclure qu'en triplant nos dépenses, nous aurions pu sauver la vie de tout le monde.

Vous paraît-il raisonnable d'établir le coût de la santé par rapport au PNB?

**Dr. Baltzan:** Dans la mesure où vous voyez si c'est une dépense raisonnable. C'est le message que j'ai essayé de faire passer: qu'il n'existe pas une seule façon d'évaluer les coûts des soins médicaux. Il faut utiliser plusieurs paramètres à cet égard, chacun d'eux donnant quelque chose de différent. Avec le pourcentage du PNB, vous voyez si vous pouvez vous permettre ou non cette dépense, sans savoir si elle sera utile. Cette dernière notion vous est donnée par une analyse coûts-avantages des soins médicaux.

**M. Duguay:** Prenez votre thèse sur le taux de Crowe ou sur le taux d'intérêt, comme vous en parlez aussi.

**Mme Mitchell:** Le taux de Crowe?

**M. Duguay:** Que feriez-vous de ce taux, et quelle incidence aurait-il sur toute l'économie?

**Dr. Baltzan:** Je ne vois pas pourquoi les gens ont tant de mal à accepter l'économie du Japon. Ils pensent qu'elle fonctionne à merveille parce que les employés ont des contrats permanents, et qu'avant d'aller au travail ils chantent faux chaque matin les louanges de leur employeur. Je ne pense pas que cela explique le si grand succès de l'économie de ce pays mais c'est plutôt qu'ils



[Text]

because they borrow money at 3% and 4%. Japan has a legal limit on interest rates.

**Mr. Duguay:** You do not think it has anything to do with their productivity?

**Dr. Baltzan:** I think your productivity is enormous. If you can get a new machine and pay 3% for it, then you are going to buy a lot more new machines than if you have to pay 12% for them, and the productivity goes up not necessarily because the employees are more industrious but because they have better equipment to work with. When you lower your capital costs, you increase your productivity.

**Mr. Duguay:** So your thesis in that respect is that it is not the workers' productivity, it is the technological—

**Dr. Baltzan:** That by and large is what makes the productivity. There might be some differences. Some people are more enthusiastic than others. But generally speaking it is better machines.

**Mr. McCrossan:** I scarcely know how to start, but I will certainly take a crack at it.

Some of the observations you make I agree with, but I think it is fair to say that most of the conclusions you draw I disagree with. So maybe we will start with the agreement level.

I think your assessment that the real growth of Canadian health costs has been decelerating is right and your assessment that the health care expenditures have stabilized as a percentage of GNP is right. However, when we look at other social programs, we see that a number of programs tend to represent in effect transfers from workers to retired people. I think the classic example of that is the Canada Pension Plan where it is strictly pay as you go. The cost of the Canada Pension Plan has been fairly stable since it was introduced in 1966, but last year it budged off that 3.6% of payroll for the first time and we can now see with the age shift that it is going to increase to something like 10.5%. It is going to triple between now and 2020. Similarly Old Age Security has been running in round numbers at 2.5% of GNP and it will be expected to run up towards 8% as the population shift occurs.

If you assume that the current trends continue, which is roughly that it would cost five times as much to provide medical services to a person over age 65 as a person under age 65, then we may very well be on the verge of a rapid explosion in medical care costs just to maintain our current standards because we are just at the verge of seeing the tidal wave, the baby-boomers push up through into the retired ages. Certainly that will occur by the turn of the century as the first of the war babies push into their 60s. So I do not think I would necessarily assume that the

[Translation]

empruntent de l'argent à 3 et 4 p. 100. En vertu de ses lois, le Japon limite ses taux d'intérêt.

**M. Duguay:** Et sa productivité, n'intervient-elle pas pour quelque chose?

**Dr. Baltzan:** Elle est colossale. Avec un taux d'intérêt de 3 p. 100 plutôt que de 12, vous pouvez acheter beaucoup plus de nouvelles machines et la productivité n'augmente pas nécessairement parce que les employés sont plus industriels mais parce qu'ils disposent d'un meilleur équipement dans leur travail. Lorsque vous diminuez vos coûts en capital, vous améliorez votre productivité.

**M. Duguay:** Votre thèse à cet égard est donc que ce n'est pas la productivité des travailleurs mais plutôt la technologie. . .

**Dr. Baltzan:** C'est dans l'ensemble ce qui constitue la productivité. Il peut y avoir quelques différences, certains employés étant plus enthousiastes que d'autres, mais de façon générale, les meilleures machines jouent un rôle essentiel.

**M. McCrossan:** J'ai du mal à savoir par où commencer, mais je vais me lancer dans le débat.

J'appuie certaines de vos observations, mais franchement, je ne partage pas la plupart de vos conclusions. Commençons donc peut-être par le niveau de la convention.

Vous avez dit à juste titre qu'il y a eu une décélération des coûts réels de la croissance des soins médicaux au Canada et que les dépenses faites à ce chapitre se sont stabilisées comme pourcentage du PNB. Cependant, lorsque nous examinons d'autres programmes sociaux, nous voyons qu'un certain nombre d'entre eux ont tendance à représenter des transferts des travailleurs aux retraités. Je prends l'exemple classique du Régime de pensions du Canada qui est strictement un régime par répartition dont le coût a été relativement stable depuis qu'il a été créé en 1966; l'an dernier, cependant, il a dépassé les 3,6 p. 100 du salaire pour la première fois et avec le changement des tranches d'âge, nous pouvons voir maintenant qu'il va atteindre quelque 10,5 p. 100. Il va donc tripler d'ici 2020. De la même façon, la Sécurité de la vieillesse a augmenté progressivement pour se situer à 2,5 p. 100 du PNB alors qu'elle devrait se rapprocher de 8 p. 100, au fur et à mesure des changements démographiques.

• 1730

En supposant que cette tendance actuelle se maintienne, de sorte que la prestation de services médicaux aux plus de 65 ans coûterait 5 fois plus qu'aux personnes n'ayant pas atteint cet âge, nous risquons fort bien de nous trouver à la veille d'une explosion rapide des coûts des soins médicaux rien que pour maintenir nos normes actuelles, car nous assisterons bientôt au raz de marée, lorsque les représentants du «baby boom» arriveront à l'âge de la retraite. Cela devra se produire à la fin du siècle, lorsque les premiers d'entre eux atteindront

[Texte]

slowdown we have seen is permanent. It may in part be driven by demographics.

**Dr. Baltzan:** I was troubled by that because I certainly thought exactly along the same lines as you did, but since I could not see any effect of ageing, even though ageing is going on—I have the population distribution figures; there are a whole bunch of more people over the age of 65—I thought maybe what is happening is that the costs of the other people are dropping even more rapidly, and as a consequence the increase in the cost in some senses is being made up by the drop in the other part of the cost.

**Mr. McCrossan:** I am sure that is partially true. Of course the population over age 65 in Canada is still around the 9% level, whereas it is going to triple.

**Dr. Baltzan:** But it used to be 3% and 4%. Certainly I would agree with you that there may be much more an effect of ageing population than we have seen so far.

**Mr. McCrossan:** With respect to the economic argument that a real growth rate of 4% to 5% is required to maintain current affordability, that is probably a valid conclusion but almost any economist will tell you two things, I guess. The first is that a limiting factor on the rate of economic growth of any country is the rate of domestic savings. This is one of the problems we have had vis-à-vis Japan, where those low interest rates are generated because of very high rates of internal savings, whereas Canadian savings rates, and American savings rates in particular, have been slipping very rapidly as we shift from being a saving society to a consuming society. Therefore it is very hard to sustain, in fact I think most economists would argue it is impossible to sustain, under any interest rate scenario that you wish to choose, a 4% to 5% growth rate. I have my problems with Governor Crowe, which I have expressed in the finance committee.

The second point that I think all economists also agree on is that you optimize economic growth by having steady, staid growth rather than by having over-expansion followed by contraction. The governor has enunciated, maybe focused attention on his policies in terms of price stability. I think it is also fair to say that he feels there will be demand-pull inflation, particularly in southern Ontario, which will cause a burst of activity followed by a drop in activity, and therefore the right thing to do is to slow it down so that it can continue.

• 1735

Let me just say that I would have been very much closer to your arguments in February than I am today, because when the governor appeared before the

[Traduction]

la soixantaine. Je ne pense donc pas qu'il faudrait nécessairement supposer que le ralentissement actuel soit permanent. Il peut s'expliquer en partie par la démographie.

**Dr. Baltzan:** C'est ce qui m'a préoccupé car je pensais exactement comme vous, mais étant donné que je n'ai pu voir aucune incidence quant au vieillissement—pourtant, on peut bien en parler, et je dispose des chiffres sur la répartition de la population qui indiquent que beaucoup de personnes ont plus de 65 ans—j'ai pensé qu'il se pouvait que les coûts des autres groupes d'âge diminuent encore plus rapidement, de sorte que d'une certaine façon, l'augmentation du coût tient à une diminution de son autre partie.

**M. McCrossan:** Je suis sûr que c'est partiellement vrai. Naturellement, au Canada, les plus de 65 ans représentent encore environ 9 p. 100 de la population, ce qui va tripler.

**Dr. Baltzan:** Mais cette proportion était autrefois de 3 et 4 p. 100. Je suis tout à fait d'accord avec vous: l'incidence du vieillissement de la population intervient beaucoup plus que par le passé.

**M. McCrossan:** L'argument économique selon lequel il faut un taux de croissance réel de 4 à 5 p. 100 pour se permettre de maintenir les coûts à leurs niveaux actuels est un argument valable sans doute, mais pratiquement n'importe quel économiste vous dira deux choses: tout d'abord, ce qui limite le taux de croissance de n'importe quel pays c'est le taux de l'épargne nationale. C'est l'un de nos problèmes par rapport au Japon où les taux d'intérêt sont peu élevés, du fait de la très forte épargne nationale, alors qu'au Canada et aux États-Unis en particulier, les taux d'épargne sont très rapidement diminués au fur et à mesure que nous passons d'une société d'épargne à une société de consommation. Il est par conséquent extrêmement difficile, voire impossible, comme vous le diraient la plupart des économistes, de maintenir un taux de croissance de 4 à 5 p. 100, quel que soit le taux d'intérêt que vous choisissiez. J'ai donc du mal à accepter la théorie du gouverneur Crowe comme je l'ai dit au Comité des finances.

D'autre part, je pense que tous les économistes conviennent que la croissance économique est optimisée si elle se fait de façon régulière plutôt que selon un cycle surexpansion—perte de vitesse. Le gouverneur a énoncé ses politiques de stabilité des prix, sur lesquels il a peut-être insisté. Il estime aussi qu'une inflation due à une trop forte demande se manifesterait en particulier au sud de l'Ontario, elle se traduirait par un surcroît d'activité suivi d'un ralentissement de ces dernières, de sorte qu'il faudrait ralentir le processus, afin que l'essor puisse être maintenu.

Laissez-moi vous dire que j'aurais davantage accepté vos arguments en février qu'aujourd'hui, car lorsque le gouverneur avait comparu alors devant le Comité, j'avais



[Text]

committee in February, I was having real difficulty seeing where this speculative outburst in southern Ontario was coming that he was anticipating when he started to ratchet up interest rates.

However, having watched prices go up by \$5,000 to \$10,000 per house, per week, in my riding through March, I accept that there is a speculative bubble, particularly in housing in southern Ontario, which has to be dealt with in the national context. It would be preferable to me if the Ontario Liberal government had introduced a property speculation tax, as was done when there was a housing bubble in the 1970s, because it is a very crude instrument indeed to have a national economic policy designed to cool southern Ontario, when in fact what happens is it cools the regions first and southern Ontario is booming.

**Dr. Baltzan:** It destroyed the west. It destroyed Saskatchewan.

**Mr. McCrossan:** I am not sure that it has destroyed it.

**Dr. Baltzan:** You have not done business in Saskatoon lately or you would know.

**Mr. McCrossan:** This policy has only been going on now for some three or four months under Governor Crowe. However desirable a 4% or 5% steady state growth would be, I do not think it is there with Canadians' current savings patterns. I think any economist would argue that.

With respect to your third point about the proof that the declining mortality rate suggests that the health saving is beneficial, if you compare our society to European societies you might be able to get some backing for that, but my understanding is that the improvements in mortality in Japan have been spectacular compared to what we have been seeing in Europe and the western societies, and health costs are roughly a third a percentage of GNP, and even in absolute dollars. So I wonder if we can attribute mortality gains to the medical profession when somebody else has a model out there of health treatment. In addition to singing those company songs, they also do some calisthenics and aerobics and stuff like that.

**Dr. Baltzan:** Let us start with that one. I do not believe that is true of Japanese health care costs, any more than I believe that Japan is inflation free, when a house costs \$6 million and a hotel room costs \$800 a night, and they tell me Japan has controlled inflation. You can read that in *The Economist* every day and still pay \$800 a night for your hotel room. If I got \$800 a night for a hotel room, I would not have any inflation either. I would be quite happy with that price.

As far as health care costs are concerned and health care expenditures and health care savings, you may be interested to know that in Russia exactly the opposite has

[Translation]

beaucoup de difficultés à voir d'où provenait cette poussée de la spéculation qu'il prévoyait pour le sud de l'Ontario lorsqu'il a commencé à parler de la hausse des taux d'intérêt.

Cependant, les prix ayant augmenté en mars de 5,000 à 10,000\$ par maison et par semaine dans ma circonscription, je reconnais qu'il existe une très forte inflation, surtout dans le logement au sud de l'Ontario, et qu'il y a lieu de s'en occuper dans le contexte national. J'aurais préféré que le gouvernement libéral de l'Ontario ait adopté une taxe foncière tenant compte de la spéculation, comme ce fut le cas dans les années 70 où la même conjoncture s'était présentée, car c'est adopter une politique économique nationale très approximative si elle a pour objet de provoquer un ralentissement au sud de l'Ontario, alors qu'il ne se produit en fait que dans les régions, le sud de l'Ontario étant en plein essor.

**Dr. Baltzan:** Cette politique a détruit l'Ouest. Elle a ruiné la Saskatchewan.

**M. McCrossan:** Je ne pense pas que ce soit le cas.

**Dr. Baltzan:** Vous le sauriez si vous étiez récemment dans les affaires à Saskatoon.

**M. McCrossan:** Cette politique du gouverneur Crowe est en place maintenant depuis trois ou quatre mois. Bien qu'une croissance régulière de 4 ou 5 p. 100 soit souhaitable, je ne pense pas qu'elle soit possible avec les habitudes actuelles d'épargne des Canadiens. C'est ce que vous dirait n'importe quel économiste.

Quant à votre troisième argument selon lequel le déclin du taux de mortalité semble indiquer que les économies dans le domaine de la santé soient une bonne chose, si vous comparez notre société aux sociétés européennes, vous pourriez trouver certains arguments à cet égard, mais je crois savoir qu'il y a eu, au Japon, une très forte diminution de la mortalité par rapport à ce qu'elle est en Europe et dans les sociétés occidentales. Or, les coûts de la santé y sont d'environ 0,30 p. 100 du PNB, même en dollars absolus. Je me demande si nous pouvons donc attribuer aux médecins la diminution de la mortalité, étant donné qu'il existe ailleurs d'autres modèles de soins. Les Japonais ne se contentent pas de chanter les louanges des sociétés pour lesquelles ils travaillent, ils font aussi de la gymnastique et de l'aérobic.

**Dr. Baltzan:** Commençons par là. Je ne pense pas que l'on puisse dire de telles choses sur les coûts de la santé au Japon, pas plus qu'il me paraît plausible de dire qu'il n'existe pas d'inflation dans ce pays, où une maison coûte 6 millions de dollars et une chambre d'hôtel, 800\$ la nuit. Comment peut-on dire que le Japon maîtrise son inflation? C'est ce que l'on peut lire, chaque jour, dans *l'Economist*, or, la chambre d'hôtel coûte encore 800\$ la nuit. Si mon idemnité était de 800\$ par nuit pour une chambre d'hôtel, je ne parlerais pas d'inflation non plus et je serais très heureux.

Quant aux coûts, aux dépenses et aux économies au chapitre des soins médicaux, il vous intéresserait peut-être de savoir qu'exactement l'inverse s'est produit en Russie.



[Texte]

happened. The mortality rate has gone way up, and the reason the mortality rate has gone way up, as I read in the *New York Review of Books*—which is about as far left as I can get in a publication—is that the Russians cut back on their health care spending because they needed it for the space race. This led to a rather interesting article in the *New England Journal of Medicine*, because some people who were obviously of the socialist persuasion wrote and said this proved that Russia was not a communist country because you did not get heart attacks in communist countries.

In any case, in terms of the question of whether our economy is controlled by savings or interest rates, you can certainly draw some very beautiful graphs that show that the rate of economic growth in Canada correlates with the interest rate down to about 3%, and below 3% it does not make much difference. The second thing is that Canada's growth pattern economically abruptly changed in 1975. Our savings rate did not abruptly change in 1975. Our interest rate policy did change in 1975. Thirdly, I agree with you. It is better to have steady growth than up and down growth. What you are talking about really is the mean growth, and the mean growth used to be 5.5%, even in 1935 to 1939, and it is now 2.5%.

**Mr. McCrossan:** It has been somewhat higher than that over the term of this government.

• 1740

**Dr. Baltzan:** It is true, the government has done a good job. Mr. Wilson runs a wonderful race. Why do we not just take the shackles off his legs and let him run faster?

**Mr. McCrossan:** Anything that could be done to suggest faster, stable growth is desirable. The question is whether the governor is right, first of all in assessing that there is a danger of "demandful" inflation, and secondly whether he is right in choosing the tools he has chosen to attack it.

I would argue that there are indeed inflationary pressures building up in Canada of a demandful basis. I would not argue that the governor is choosing the best tool; I would only argue that he does not have all the tools available to him—that there are other tools that might be more effective, but ones that he is not in a position either to influence or to implement.

I had my differences with the governor in front of the finance committee. I thought he was being premature in February. But as I say, seeing what happened with the tremendous house speculation going on in northeast Metro Toronto in March and early April—it is somewhat cooled down now—it was just a buying frenzy. I was reminded of sharks with feeding frenzies—it is the same sort of thing. Houses were being listed and sold the same day with three offers over the listing price.

[Traduction]

Le taux de mortalité a augmenté, la raison étant, comme je l'ai lu dans le *New York Review of Books*—la publication la plus à gauche que l'on puisse obtenir—que les Russes ont réduit leurs dépenses dans le domaine des soins médicaux parce qu'ils avaient besoin de cet argent pour la course dans l'espace. À la suite de cela, un article assez intéressant a paru dans le *New England Journal of Medicine*, car certaines personnes d'obédience manifestement socialiste ont écrit pour dire que cela prouvait que la Russie n'était pas un pays communiste, car on n'a pas de crise cardiaque dans de tels pays.

Quoi qu'il en soit, pour ce qui est de savoir si notre économie est régie par l'épargne ou les taux d'intérêt, vous pouvez présenter de très beaux tableaux indiquant que le taux de croissance économique du Canada est en rapport avec une diminution d'environ 3 p. 100 des taux d'intérêt, en deça de ces 3 p. 100, la différence n'étant pas très marquée. D'autre part, le schéma de croissance économique du Canada s'est brusquement modifié en 1975, contrairement à notre taux d'épargne. Mais cette année-là, notre politique des taux d'intérêt a été modifiée. En troisième lieu, je suis d'accord avec vous. Il vaut mieux que la croissance soit régulière, plutôt qu'en dents de scie. Il vaut mieux parler de croissance moyenne qui se situait autrefois à 5,5 p. 100, même entre 1935 et 1939, et elle est actuellement de 2,5 p. 100.

**M. McCrossan:** Elle a été un peu plus élevée que cela, sous ce gouvernement-ci.

**Dr. Baltzan:** C'est vrai, le gouvernement a fait un bon travail. M. Wilson court admirablement. Mais pourquoi ne pas lui enlever ses entraves et le laisser courir encore plus vite?

**M. McCrossan:** Toute mesure qui permettrait une croissance rapide et stable serait souhaitable. Il faut se demander si le gouverneur a raison tout d'abord de dire qu'il existe un risque d'inflation associé à la demande, et d'autre part, s'il a choisi les bons outils pour s'y attaquer.

J'estime qu'il se crée effectivement au Canada des pressions inflationnistes fondées sur la demande. Mais je ne pense pas que le gouverneur ait choisi le meilleur outil; je dirai simplement qu'il ne dispose pas de tous les outils nécessaires—que d'autres pourraient être plus efficaces, sans qu'il soit en mesure d'exercer une influence sur eux ou de les mettre en oeuvre.

J'ai dit au comité des finances que je ne partageais pas le point de vue du gouverneur. Je pensais que ce qu'il préconisait était prématuré en février. Mais encore une fois, étant donné la spéculation immobilière considérable dans le nord-est de la région métropolitaine de Toronto en mars et au début d'avril—elle s'est un peu ralentie maintenant—les achats étaient absolument frénétiques... on aurait dit des requins se jetant sur leurs proies. Des maisons étaient placées sur le marché et elles se vendaient le même jour après avoir reçu trois offres dépassant le prix initial.

[Text]

**Dr. Baltzan:** How does raising the price of the house, because that is what you do when you raise interest rates...? What he was arguing was that houses were not priced high enough, because he raised the bloody price. Most people do not pay cash for a house; they go out and rent money. So suddenly he made the houses more expensive.

**Mr. McCrossan:** Yes. To the extent there is speculation, which is pretty well demonstrated, I think, and to the extent there is substantial carrying costs and leverage in this, then it changes the economics of the speculation. Speculation works if there is an opportunity for a quick flip at a higher price. So to the extent that you raise interest rates and at the same time lower the rise, it takes the speculators out.

As I say, I think there are preferable policies.

**Dr. Baltzan:** Yes, lots.

**Mr. McCrossan:** He does not have them available to him, and I do not know that the federal government has it available—we have it available to us because we have a regional over-heating problem. This is not the first time we have seen this. We had similar problems in Edmonton and Calgary in 1981.

**Ms Mitchell:** I think I am sitting on the finance committee.

**Dr. Baltzan:** And we invented the National Energy Program to fix that one. We transferred \$80 billion or \$60 billion to Ontario.

**Mr. McCrossan:** You can look at Ms Mitchell and maybe Ms Copps when you say "we". I do not think you can look this way.

Anyway, I think your thesis that a higher economic growth is desirable and would contain health costs as a percentage of GNP, or help contain them, is true. The question is how do we best maintain stable, high rates of growth.

**Dr. Baltzan:** We certainly do not maintain it by transferring money from labour to bankers, which is what we have done. The net effect of the anti-inflationary policy of the Bank of Canada has been to transfer labour income to interest income.

**Mr. McCrossan:** Bankers are intermediaries—

**Dr. Baltzan:** Lenders. All right, we will use the term "lenders"—the primary lender. What we have done, and Ms Mitchell would like me saying this—it is not my usual bent to say—is we have taken money from the workers and given it to the capitalists.

**Ms Mitchell:** Shame on you!

**Dr. Baltzan:** We are using that, and we say that is a method of controlling inflation.

[Translation]

**Dr Baltzan:** Comment l'augmentation du prix de la maison—car c'est ce que vous faites en augmentant les taux d'intérêt...? Il disait que le prix des maisons n'était pas suffisamment élevé, d'où la nécessité de l'augmenter. La plupart des gens achètent leurs maisons à crédit avec une hypothèque, et c'est lui qui a brusquement augmenté le prix de l'immobilier.

**M. McCrossan:** Oui. Dans la mesure où il y a spéculation, ce qui est évident, et dans la mesure où les frais financiers sont élevés, et où il existe un effet multiplicateur, les caractéristiques économiques de la spéculation ne sont plus les mêmes. La spéculation est possible lorsque l'on peut réaliser très rapidement un gros bénéfice. Les spéculateurs disparaissent dans la mesure où l'on augmente les taux d'intérêt tout en réduisant les augmentations de prix.

Encore une fois, je crois qu'il existe de meilleures politiques.

**Dr Baltzan:** Oui, beaucoup.

**M. McCrossan:** Il ne les a pas à sa disposition, et je ne pense pas que le gouvernement fédéral puisse y avoir recours, contrairement à nous, mais c'est parce que nous avons un problème de survolage au niveau régional. Ce n'est pas la première fois que cela s'est produit. Les mêmes problèmes se sont posés à Edmonton et à Calgary en 1981.

**Mme Mitchell:** Je siégeais alors au comité des finances.

**Dr Baltzan:** Et nous avons inventé le Programme énergétique national pour résoudre le problème. Nous avons transféré 80 ou 60 milliards de dollars à l'Ontario.

**M. McCrossan:** Vous pouvez regarder M<sup>me</sup> Mitchell et peut-être M<sup>me</sup> Copps lorsque vous dites «nous». Je ne pense pas que vous puissiez regarder de ce côté.

Quoi qu'il en soit, je pense que votre thèse selon laquelle une croissance économique est souhaitable et qu'elle permettrait d'établir les coûts de la santé comme pourcentage du PNB ou qu'elle contribuerait à ces derniers est vrai. Il faut se demander comment maintenir au mieux des taux de croissance stables et élevés.

**Dr Baltzan:** On ne saurait y parvenir en transférant de l'argent de la population active aux banquiers, comme nous l'avons fait. L'effet net de la politique anti-inflationniste de la Banque du Canada a été de convertir le revenu du travail en revenu d'intérêt.

**M. McCrossan:** Les banques sont les intermédiaires...

**Dr Baltzan:** Les prêteurs. Très bien, nous utiliserons ce terme. Je vais faire plaisir à M<sup>me</sup> Mitchell—une fois n'est pas coutume—en disant que nous avons pris l'argent des travailleurs pour le donner aux capitalistes.

**Mme Mitchell:** Quelle honte!

**Dr Baltzan:** C'est le processus que nous utilisons et nous disons que c'est un moyen de maîtriser l'inflation.



[Texte]

**The Chairman:** Ms Mitchell, please, and then Mr. Rosenbaum has a few questions.

**Ms Mitchell:** I must say this has been quite fascinating. It is not my area of expertise, but I like some of the things I am hearing.

I am wondering about some of the criteria for establishing the cost benefit, or the investment cost, as you put it, of the health care system. Have we any way of measuring that? Have you any thoughts on that?

**Dr. Baltzan:** The only way I have been able to come up with is you can count lives saved. Of the three products of the health care system, that is the only one I know how to count.

• 1745

What I cannot prove is that the lives saved are a function of the dollars spent. I basically have to say it is generally reasonable to assume that to be the case, but if somebody comes and says I did not prove it, I have to say, yes, I did not prove it.

There is one hope I have, and I intend to go back and look at age-specific death rates and disease-specific death rates to see how many fewer people are dying of cancer, how many fewer people are dying of heart disease, how many fewer people are dying of kidney disease, how many fewer people are dying of strokes. For some of them it is because they did not get them, and for some of them it is because of better treatment. If I can make an accounting and see whether I can count up the number of lives saved by medical intervention or medical prophylaxis, and see whether that balances with this number—

**Mr. McCrossan:** For your own information, both mortality and morbidity studies of the type you are looking for are available from the Canadian Institute of Actuaries. They are published quinquennially. I used to be involved in preparing them.

**Dr. Baltzan:** I got my life tables from the Canadian Institute of Actuaries.

**Mr. McCrossan:** They actually have the specific cause of death. There is a cause of death study done every year, and they do have the morbidity figures you say you are missing as well. Those are connected.

**Dr. Baltzan:** But they do not have 1985 out yet.

**Mr. McCrossan:** But they have long-term figures.

**Dr. Baltzan:** Yes, I have them up to 1980.

**Ms Mitchell:** Perhaps I could get a word in here. There are a number of other factors, though, are there not, that would contribute to the longer life span of people, perhaps environmental factors, the fact that our families are smaller, that our working hours are shorter and our lifestyles more comfortable? People may have more awareness of nutrition.

[Traduction]

**Le président:** Madame Mitchell, s'il vous plaît, puis M. Rosenbaum posera quelques questions.

**Mme Mitchell:** Je dois dire que la discussion a été tout à fait passionnante. Je ne suis pas spécialiste du domaine, mais j'appuie certaines des choses que j'ai entendues.

J'aurais quelques questions sur les critères d'établissement des coûts d'investissement pour les soins médicaux. Avons-nous un moyen de les évaluer? Avez-vous réfléchi à cela?

**Dr Baltzan:** La seule façon c'est de compter le nombre de vies sauvées. Parmi les trois produits du système des soins médicaux, celui-ci est le seul que je sache établir.

Je ne peux pas prouver que les vies sauvées sont fonction de l'argent dépensé. Il est raisonnable de le supposer, mais si on me dit que je ne l'ai pas prouvé, je dois le reconnaître.

Je peux toutefois établir les taux de mortalité par âge, par maladie, afin de voir si moins de gens meurent du cancer, de maladies cardiaques, rénales ou à la suite d'embolies. Dans certains cas, il y a moins de décès car les gens n'attrapent pas ces maladies, et dans d'autres, ils en sont atteints tout en étant mieux traités. Si je peux déterminer combien de vies ont été sauvées par intervention médicale ou par prophylaxie et voir si cela correspond à ce chiffre. . .

**M. McCrossan:** L'Institut canadien des actuaires a effectué des études sur la mortalité et la morbidité pour les maladies dont vous avez parlé. Ces études auxquelles je participais autrefois sont publiées tous les cinq ans.

**Dr Baltzan:** C'est à cet institut que j'ai obtenu mes tables de mortalité.

**M. McCrossan:** Elles indiquent les causes précises de décès. Une étude sur cette question se fait chaque année, et l'institut dispose aussi de chiffres sur la morbidité dont vous avez dit ne pas disposer non plus. Les deux sont liées.

**Dr Baltzan:** Oui, mais les résultats n'ont pas encore été publiés pour 1985.

**M. McCrossan:** Mais des chiffres sont établis à long terme.

**Dr Baltzan:** Oui, je les ai jusqu'à 1980.

**Mme Mitchell:** Permettez-moi d'intervenir. D'autres facteurs contribueraient, n'est-ce pas, à la plus grande longévité: l'environnement, les familles plus réduites, nos heures de travail plus brèves et notre mode de vie plus confortable. Les gens sont peut-être aussi plus conscients des questions de nutrition.



[Text]

**Dr. Baltzan:** I think if you get into awareness of nutrition you are getting back into the health care costs. If you are talking about better living conditions, you are probably talking sanitation. Almost everything like that you can work back—

**Ms Mitchell:** Yes, it helps in a big—

**Dr. Baltzan:** It is in the largest instances.

The other very interesting thing is that there was a fairly abrupt fall in the premature death rates in all age groups between 1951 and 1961. Between 1961 and 1971 nothing happened. Between 1971 and 1981 there was again a huge fall, much better than the 10 years previously. Then between 1981 and 1985, as far as I could tell, there is also continuing to be a huge fall, but I do not know that for certain.

**Mr. Rosenbaum:** I would like to address an issue that was raised both by Ms Mitchell and by Mr. Duguay, and that is the assumed linear relationship between expenditure and mortality.

Mr. Duguay commented—it was a comment rather than a question—that if we tripled expenditure we would not expect to eliminate all deaths, and if we had spent less we would not have necessarily had a similar increase in mortality. For more than a century now there has been a fairly constant and significant reduction in mortality. This reduction pre-dates by far the development of the Canadian health care system. So I have a little difficulty in accepting this linear relationship between health care expenditure and mortality when we see the trend so clearly pronounced for such a long period of time.

**Dr. Baltzan:** I think possibly you do not have the latest version of my calculation. I did not really intend to assume a linear relationship, because the relationship is not quite linear anyway. When I calculate the cost per life saved, it comes out to be \$270,000 in 1981 versus \$217,000 in 1951. So the apple is somewhat more expensive.

**Mr. Rosenbaum:** But you ascribe this savings in lives—that is, the reduction in mortality—to health care expenditure, yet the reduction in mortality is more than a century old.

**Dr. Baltzan:** But the trends have differed quite a bit; the diseases have differed quite a bit. I certainly cannot tell you that you are wrong, but I can tell you that we know cancer death rates have dropped by 10%. We know people do not die of end-stage renal failure any more. We know that the rate of death from coronary artery disease has dropped. All these things are the result of medical intervention.

So as I say, I do not think we can settle the issue. But the problem is this: on which foot does the shoe fit? If you say there is no relationship, then it is safe to cut health care expenditures, and if you are wrong, you are going to lose some lives.

[Translation]

**Dr. Baltzan:** Si vous parlez d'une sensibilisation à la nutrition, vous revenez aux coûts des soins médicaux. Si vous parlez de meilleures conditions de vie, vous parlez probablement d'hygiène. Presque tout ce genre de choses peut être renvoyé. . .

**Mme Mitchell:** Oui, c'est quand même très utile. . .

**Dr. Baltzan:** Dans les cas les plus généraux.

L'autre aspect très intéressant à souligner c'est qu'il y a eu une diminution considérable du nombre de décès prématurés dans tous les groupes d'âge entre 1951 et 1961. Entre 1961 et 1971, rien ne s'est produit. Entre 1971 et 1981, il y a eu à nouveau une diminution considérable, encore plus grande que les 10 années précédentes. Puis, entre 1981 et 1985, la diminution reste considérable, encore que je ne puisse en être certain.

**M. Rosenbaum:** Je voudrais traiter une question qu'ont soulevée M<sup>me</sup> Mitchell et M. Duguay: il s'agit de la relation semble-t-il linéaire entre les dépenses et la mortalité.

Selon l'observation de M. Duguay—et il s'agissait d'une observation plutôt que d'une question—en triplant les dépenses, il ne faudrait pas s'attendre à supprimer tous les décès, et en dépensant moins, la hausse de la mortalité ne serait pas nécessairement dans le même ordre. Pendant plus d'un siècle, nous avons eu une réduction constante et importante de la mortalité. Elle se manifeste bien avant le développement du système canadien des soins médicaux. J'ai donc un peu de mal à accepter cette relation directe entre les dépenses afférentes aux soins médicaux et la mortalité étant donné que la tendance se manifeste de façon si nette pendant très longtemps.

**Dr. Baltzan:** C'est que vous n'avez probablement pas vu la dernière version de mes calculs. Je n'ai pas vraiment voulu poser une relation linéaire, car elle ne l'est pas vraiment. Lorsque j'établis le coût par vie sauvée, il revient à 270,000\$ en 1981 par rapport à 217,000\$ en 1951. Par conséquent, le produit est un peu plus coûteux.

**M. Rosenbaum:** Mais vous attribuez cette réduction de la mortalité aux dépenses faites pour les soins médicaux. Or, cette réduction de la mortalité a plus d'un siècle.

**Dr. Baltzan:** Mais les tendances ont légèrement été modifiées, tout comme les maladies. Je ne peux pas vous dire que vous avez tort, mais je peux vous dire que nous savons que les taux de décès par cancer ont diminué de 10 p. 100. Nous savons que les gens ne meurent plus au stade final de l'insuffisance rénale et que le taux de décès de maladies coronarogénériques a diminué. Tous ces progrès découlent d'interventions médicales.

Encore une fois, je ne pense donc pas que nous puissions trancher la question. Mais il faut se demander quoi faire. Si vous dites qu'il n'existe pas de liens entre les deux facteurs, il est alors possible de réduire les dépenses au chapitre des soins médicaux, mais si vous avez tort, certains patients en mourront.

[Texte]

• 1750

All I can do at the present time is to raise the strong possibility that the additional health care expenditures have been related to life saving, but I cannot go beyond that point, until I have additional data.

**The Chairman:** Mr. McCrossan, do you have further questions?

**Mr. McCrossan:** No. I will talk to the witness privately.

**The Chairman:** I think, Dr. Baltzan, that exhausts our questions here. On behalf of the committee I would like to thank you for coming all the way down to Ottawa here to testify today. We have appreciated the challenge of your brief to us, and you have stimulated our thoughts. We have obviously had some good questions here.

We can easily pursue it further with you as time passes, if we want to get some more ideas from you. So I thank you very much for being with us today.

**Dr. Baltzan:** Thank you.

**The Chairman:** This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

---

Wednesday, June 22, 1988

• 1648

**The Chairman:** The Chair sees a quorum for the taking of evidence. We are meeting again today in accordance with our mandate under Standing Order 96.(2) for the considering of the health care system in Canada and its funding.

We have two sets of witnesses with us today. First of all, from the Department of National Health and Welfare, we have Dr. A.J. Liston, assistant deputy minister for the Health Protection Branch, together with Mr. Roy Hickman, who is the acting director general for the Environmental Health Directorate. They will be discussing with us the issues of environmental problems that we have touched on previously.

They will be followed by Dr. Henri Marcoux, who is here from Manitoba. He will be making an entirely separate presentation.

Dr. Liston, we want to welcome you here. As you know, we heard from Mr. Brown a short while ago. We would be interested in having testimony on the same subject area that Mr. Brown presented to us.

**Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare):** If I may, I would like to give a very brief outline of the Department of National Health and Welfare programs that are germane to the question that is before this committee.

• 1650

The department has programs in the Health Protection Branch which are designed to reduce the risk of adverse

[Traduction]

Pour l'instant, je ne peux que juger probable que l'augmentation des dépenses au titre de la santé ont permis de sauver des vies, bien que je ne puisse aller plus loin avant d'avoir des données supplémentaires.

**Le président:** Monsieur McCrossan, avez-vous d'autres questions?

**M. McCrossan:** Non. Je parlerai au témoin en privé.

**Le président:** Je crois que ceci termine nos questions docteur Baltzan. Je vous remercie au nom du Comité d'être venu de si loin témoigner devant nous. Nous vous savons gré de votre excellent mémoire qui nous a donné matière à réflexion. Les questions ont été très intéressantes.

Nous pourrions certainement communiquer à nouveau avec vous plus tard au besoin. Je vous remercie donc d'être venu aujourd'hui.

**Dr Baltzan:** Merci.

**Le président:** La séance est levée.

---

Le mercredi 22 juin 1988

**Le président:** Je vois que nous avons le quorum. Nous nous réunissons à nouveau aujourd'hui conformément à notre mandat en vertu de l'article 96.(2) du Règlement pour l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous accueillons deux séries de témoins aujourd'hui. Tout d'abord, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, D<sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la protection de la santé ainsi que M. Roy Hickman, directeur général intérimaire de la Direction de l'hygiène du milieu. Ils discuteront avec nous des problèmes reliés à l'environnement dont nous avons parlé précédemment.

Ils seront suivis par le D<sup>r</sup> Henri Marcoux, qui nous vient du Manitoba et témoignera à titre individuel.

Docteur Liston, nous tenons à vous souhaiter la bienvenue. Comme vous le savez, nous avons entendu M. Brown il n'y a pas longtemps. Nous aimerions vous entendre sur le même sujet que lui.

**M. A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Si vous me permettez, j'aimerais vous donner un bref aperçu des programmes du ministère se rapportant au sujet d'étude du Comité.

Le ministère a mis sur pied au sein de la direction générale de la protection de la santé des programmes



## [Text]

health effects from a wide variety of chemicals and also of micro-organisms. In fact risk management is carried out by a variety of means. Some are regulatory; others are by voluntary compliance with industries involved, or by providing advice, either to the general public or to other agencies. These programs focus on the chemicals or agents that may be troublesome to the public.

Within the Health Protection Branch there are programs dealing with drugs, foods, food additives, pesticide residues, commercial chemicals, water quality guidelines and air quality guidelines.

With respect to allergic reactions to chemicals, there are some chemicals that the scientific literature has documented as having significant potential for causing allergic reactions. Chemicals such as penicillin, aspirin, sulphites, monosodium glutamate, egg protein, chocolate, gluten, beef, pork proteins, are all capable of eliciting adverse reactions in susceptible individuals. Because the vast majority of the general public may be exposed to such chemicals and suffer no adverse health effect, it is not our policy to ban the chemicals, as the overall benefits to Canadians generally outweigh the risks. Notwithstanding the foregoing, we have recognized that these chemicals may be a problem for susceptible individuals and thus we try to provide information so that the individual may manage his or her condition more effectively.

In the drug area we are currently moving to full ingredient disclosure. This is feasible because these products are made by a fixed process which is stringently controlled during manufacturing.

In the food area we have been active in publishing and distributing information about selected food ingredients such as monosodium glutamate and sulphites so that additional precautions may be undertaken by susceptible individuals. We have restricted some uses of sulphites in salad bars. Other uses are permitted, however, because there are no alternatives. For example, shrimp are very often treated with sulphite to prevent them from turning black. To prohibit this use would preclude their availability.

In the area of environmental chemicals, the release to the environment is most frequently inadvertent or unintended, so different strategies are employed to prevent hazardous chemicals from having a significant impact on public health. For example, we have developed comprehensive guidelines for drinking water quality and air quality, including guidelines for air quality in residential buildings.

We have moved aggressively on a number of fronts to reduce risk from chemicals such as lead and mercury. For example, we have developed programs to limit damaging

## [Translation]

visant à réduire les risques que posent pour la santé toute une variété de produits chimiques ainsi que de micro-organismes. En fait, la gestion des risques s'effectue de différentes façons. D'une part, l'établissement de règlements; et d'autre part, l'obtention de la collaboration des industries en cause et la diffusion de conseils, soit à la population générale ou à d'autres organismes. Ces programmes se concentrent sur les produits chimiques ou les agents qui pourront être nuisibles à la population.

La Direction générale compte des programmes se rapportant aux médicaments, aux aliments, aux additifs alimentaires, aux résidus d'insecticides, aux produits chimiques commerciaux, aux lignes directrices relatives à la qualité de l'eau et de l'air.

Pour ce qui est des réactions allergiques aux produits chimiques, la science a prouvé que certains produits chimiques étaient grandement susceptibles d'entraîner des réactions allergiques. Des produits chimiques comme la pénicilline, l'aspirine, les sulphites, le glutamate monosodique, la protéine de l'oeuf, le chocolat, le gluten, le boeuf, les protéines du porc peuvent toutes entraîner des réactions contraires chez les personnes prédisposées. Étant donné que la grande majorité de la population peut être exposée à de tels produits sans en souffrir aucun effet, notre politique n'est pas d'interdire ces produits étant donné que l'avantage qu'ils représentent pour l'ensemble des Canadiens l'emporte sur les risques. Néanmoins, nous avons reconnu que ces produits chimiques pouvaient être un problème pour la personne sensible, et c'est pourquoi nous tentons de l'informer pour lui permettre de mieux contrôler la situation.

Dans le domaine des médicaments, nous sommes en train d'instaurer une divulgation de tous les ingrédients. Cette divulgation est possible parce que ces produits sont fabriqués grâce à un procédé strictement contrôlé.

Dans le domaine des aliments, nous avons publié et diffusé des renseignements sur certains ingrédients alimentaires comme le glutamate de monosodium et les sulphites afin que les personnes sensibles à ces substances prennent des précautions supplémentaires. Nous avons limité certains emplois de sulphites dans les comptoirs à salade. D'autres utilisations sont permises, toutefois, parce qu'on n'a pas le choix. Par exemple, les crevettes sont souvent traitées au sulphite pour les empêcher de noircir. Si on en interdisait l'emploi, ces crevettes ne seraient plus disponibles.

Dans le domaine des produits chimiques et de l'environnement, le déversement de ces produits dans l'environnement se fait souvent par inadvertence ou sans le vouloir de sorte que différentes stratégies sont mises en place pour empêcher que des produits dangereux n'aient de conséquences graves sur la santé publique. Par exemple, nous avons élaboré des lignes directrices détaillées sur la qualité de l'eau potable et de l'air, y compris l'air dans les édifices résidentiels.

Nous avons pris de nombreuses mesures dans différents domaines pour réduire les risques que posent certaines substances chimiques comme le plomb et le mercure.



[Texte]

asbestos exposures in building material. Current policies are in place to limit exposure to environmental tobacco smoke. With the Department of the Environment we have been co-sponsors of the new Canadian Environmental Protection Act, which is designed to exercise much stricter control over chemicals from the time they are produced or introduced into commerce until their eventual disposal.

The sum total of these programs is intended to provide an environment that does not have an adverse impact on public health.

With respect to environmental sensitivity, this collection of either allergies or adverse reactions into a syndrome and how the condition should be managed is in large part the practice of medicine for which Health and Welfare has no mandate. Responsibility for comprehensive policies in the treatment of idiosyncratic reactions resides with the provinces. We will continue to make every effort to control or advise about environmental chemicals that are troublesome and are prepared to work with the provinces on any initiatives they feel are warranted.

Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much.

The Chair would open up the meeting now to questions from committee members.

**Mr. White:** Welcome, Dr. Liston, once again. Just one question. It is a matter that has come up recently and it may be beyond your department's mandate. To use one example, if an area in rural Canada is being sprayed and the citizens do not know it is being sprayed, is it the province carrying out such a program and does the federal government have any input to such programs at all?

• 1655

**Dr. Liston:** We will supply the background information about the toxicity, what sorts of symptoms there might be, and how to treat anybody who is exposed or adversely affected; but the actual spray calendar and the use of the pesticide in the province would be governed by that province.

**Mr. Paul Rosenbaum (Committee Researcher):** Dr. Liston, according to the OECD, governmental action in OECD nations has tended to address traditional pollutants, things like carbon monoxide and sulphur oxides and so on. The OECD has stated that recent research shows that there is a much wider range of substances in the air and water and soil that are potentially damaging to human health. These include organic substances and metallic substances and so on.

[Traduction]

Nous avons par exemple élaboré des programmes pour limiter les expositions dommageables à l'amiante dans les matériaux de construction. Des politiques sont aussi en place pour restreindre la présence de fumée du tabac dans l'environnement. De concert avec le ministère de l'Environnement, nous avons parrainé la nouvelle Loi canadienne sur la protection de l'environnement qui vise à exercer un contrôle beaucoup plus strict sur les substances chimiques à partir de leur production ou de leur vente jusqu'à leur évacuation.

Dans leur ensemble, ces programmes visent à créer un environnement qui n'entraîne aucune conséquence nuisible pour la santé du public.

Quant à l'association de ces diverses allergies ou réactions contraires en syndrome et au traitement de l'affection, c'est un aspect de la pratique médicale qui ne fait pas partie du mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Ce sont les provinces qui sont responsables d'élaborer des politiques globales pour le traitement de réactions caractéristiques. Nous continuerons d'exercer un contrôle ou de fournir des conseils sur les substances chimiques environnementales qui peuvent poser des difficultés et sommes disposés à travailler en collaboration avec les provinces sur toutes initiatives qu'elles jugent nécessaires.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous pouvons maintenant passer aux questions des membres du Comité.

**M. White:** Bienvenue, encore une fois, docteur Liston. Une question sur un sujet qui a été soulevé récemment et qui dépasse peut-être le cadre du mandat du ministère. Pour recourir à un exemple, si une région rurale du Canada fait l'objet d'un épandage à l'insu de ses habitants, est-ce la province qui est responsable d'un tel programme et le gouvernement fédéral y contribue-t-il d'une façon ou d'une autre?

**M. Liston:** Nous fournissons les renseignements sur la toxicité, les symptômes éventuels et le traitement de toute personne exposée ou incommodée; mais le calendrier d'épandage lui-même et l'emploi de l'insecticide dans la province relèvent de cette province.

**M. Paul Rosenbaum (attaché de recherche du Comité):** Docteur Liston, selon l'OCDE, les gouvernements des pays membres de cette organisation ont surtout tendance à agir à l'égard des matières polluantes traditionnelles comme l'oxyde de carbone, les oxydes de soufre, etc. D'après l'OCDE, les recherches récentes montrent qu'une grande variété d'autres substances se trouvant dans l'air, dans l'eau et dans le sol présentent un risque pour la santé humaine. Il s'agit entre autres choses de substances organiques et métalliques etc.

[Text]

In addition, industry is moving away from the production of some of these traditional pollutants.

What is the department doing to identify and monitor these non-traditional pollutants and, specifically, do the air quality and water quality guidelines of the department recognize these non-traditional pollutants?

**Dr. Liston:** Perhaps Mr. Hickman would be able to give you a better insight into these guidelines, their breadth and how they are developed.

**Mr. Roy Hickman (Acting Director General, Environmental Health Directorate, Department of National Health and Welfare):** The premise of the question of course is quite true, and it is something that has concerned us for a number of years now and was indeed one of the motivating practices in seeking a new legislative mandate through the Canadian Environmental Protection Act in order to give the two departments involved, Environment Canada and National Health and Welfare, the opportunity to review the properties of materials before they are manufactured and before they enter the environment.

However, in recent years, certainly since World War II, an enormous number of new chemicals have in fact come into commerce without any premarket assessment. We have tried to recognize that in developing guidelines. For example, in the guidelines for Canadian drinking water quality, which were published in April of this year, we have increased the number of synthetic organic chemicals for which there are guidelines from, I believe, 18 to 56 in response to that, and indeed that process is an ongoing process and will continue.

We have also for the first time—to my knowledge, among governments anywhere in the world—developed a comprehensive set of guidelines for residential indoor air quality. Those were developed jointly with the provinces and were published about a year or so ago as a joint federal-provincial report. They contain advice, numerical guidelines for a dozen or so substances that are contaminants of indoor air—including, for example, formaldehyde, nitrogen dioxide, ozone, particulate matter, aldehydes, carbon dioxide, carbon monoxide—a number of them for which it was possible to set numerical limits, and this was really on the basis that it would give a yardstick whereby if anyone felt his residence was subject to unhealthy air then, say, a medical officer of health could go in and do some monitoring and make that judgment having a yardstick whereby to make it.

We also included a number of other substances for which it was not possible at this time to give a guideline in terms of a number, but rather in the guidelines we outlined the kinds of problems that were to be experienced for biological agents, consumer products, including pest-control products, aerosols, fibrous materials like asbestos, lead, tobacco smoke, and so on; and, in those cases where it was not possible to give a definite number for triggering some remedial action, the

[Translation]

De plus, l'industrie abandonne progressivement la production de certains de ces polluants traditionnels.

Que fait le ministère pour identifier et contrôler ces nouveaux polluants et, plus précisément, les lignes directrices du ministère relativement à la qualité de l'eau et de l'air en tiennent-ils compte?

**M. Liston:** M. Hickman est peut-être mieux à même de vous parler de ces lignes directrices, de leur portée et de leur élaboration.

**M. Roy Hickman (directeur général intérimaire, Direction de l'hygiène du milieu, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** La prémisse de votre question est tout à fait juste, et c'est quelque chose qui nous préoccupe depuis quelques années maintenant et qui a motivé la recherche d'un nouveau mandat législatif aux termes de la Loi canadienne sur la protection de l'environnement afin que les deux ministères en cause, Environnement Canada et Santé nationale et Bien-être social, puissent examiner les propriétés des substances avant qu'elles ne soient fabriquées et qu'elles n'entrent dans l'environnement.

Toutefois, au cours des dernières années, certainement depuis la Deuxième Guerre mondiale, un très grand nombre de nouvelles substances chimiques sont en fait entrées dans le commerce sans quelque évaluation préalable que ce soit. Nous avons tenté d'en tenir compte dans l'élaboration de nos lignes directrices. Par exemple, nous avons augmenté le nombre de substances chimiques organiques de synthèse visées de 18 à 56, lors de la publication des lignes directrices relatives à la qualité de l'eau potable au Canada en avril dernier, et ce processus est permanent.

Nous avons été aussi le premier gouvernement au monde, pour autant que je sache, à élaborer des lignes directrices détaillées à l'égard de la qualité de l'air à l'intérieur d'édifices. Elles ont été élaborées de concert avec les provinces et publiées il y a un an et demi environ dans un rapport mixte fédéral-provincial. Elles formulent des conseils et des directives quantitatives pour une douzaine de substances environ qui peuvent contaminer l'air ambiant—notamment, le formaldéhyde, le bioxyde d'azote, l'ozone, les particules, les aldéhydes, l'anhydride carbonique et l'oxyde de carbone. Pour un certain nombre d'entre elles, il a été possible de fixer des limites quantitatives, pour permettre en fait à toutes personnes doutant de la qualité de l'air de sa résidence de faire appel à un préposé à la santé publique qui procédera à des évaluations en se servant de cet étalon.

Elles englobent aussi un certain nombre de substances pour lesquelles on ne peut pas donner pour l'instant de limite quantitative, mais où nous décrivons plutôt le genre de problème que pouvaient poser certains agents biologiques et produits de consommation comme les insecticides, les aérosols, les substances fibreuses comme l'amiante, le plomb, la fumée de tabac, etc.; et, dans ces cas où il n'a pas été possible de fixer un niveau au-delà duquel des mesures correctrices peuvent être prises, les



[Texte]

guidelines in fact give advice on how exposure can be minimized.

• 1700

**Mr. Rosenbaum:** There is some evidence that multiple exposure to several different contaminants or pollutants through dietary intake, through air, exposure through the air or work exposure, increases risk to the individual. Is the department doing any work to identify the complex relationships between multiple exposure and human health, either directly or through granting streams like NHRDP or indirectly through the Medical Research Council?

**Dr. Liston:** I cannot answer knowledgeably about whether there might be some programs of this type or projects of this type through NHRDP. I would be pleased to undertake to have an examination made and see whether there are some. I have no personal knowledge at this point in time.

Call it the question of the risk from exposure to chemicals. We recognize that any one individual may have a reaction to a multiplicity of chemicals. The aspect, shall we say, of management of the patient or the person is really not the focus of our work so much; it is more how to control and preclude it. So we are trying in the main to manage risk rather than treat patients. It is from that perspective that most of our programs are initiated and undertaken.

**Mr. Rosenbaum:** My last question is that I think it is fair to say that there has been increased public awareness of problems of environmental contamination. Despite this increased awareness, the OECD reports that North American industrial pollution has increased in the period 1975 to 1986. In fact, in almost every year there has been a linear progression despite this increased awareness. That is true not only in North America but in other OECD nations, in Europe and in Japan. What further could be done to restrict industrial pollution?

**Dr. Liston:** Essentially the strategies that are currently in use I think are capable of restricting that to the point where we will achieve an objective, which has been essentially outlined in the Canadian Environmental Protection Act, where we will be monitoring and we will do some pre-market determination of risk to humans from chemicals. I think that will lead to better management, and I think that is the strategy that would be most likely to succeed.

**Mr. Rosenbaum:** Thank you.

**The Chairman:** The chairman may be allowed one or two questions. I wonder, Dr. Liston, if I could refer you to page 2 of your document today. The second paragraph from the top deals with environmental chemicals and the steps you take there, mainly on behalf of water quality and air quality. But if you compare what you say there and then go down to the bottom paragraph, the very last one, you are dealing there with, as I say, environmental sensitivity, presumably to chemicals, which is what you

[Traduction]

lignes directrices donnent des conseils sur la façon de réduire l'exposition à ces substances au minimum.

**M. Rosenbaum:** Il a été plus ou moins démontré que des expositions répétées à plusieurs polluants différents lors de l'alimentation, de l'absorption d'air ou au travail augmentent les risques pour l'individu. Le ministère travaille-t-il à déterminer les relations complexes entre ces expositions multiples et la santé humaine, soit lui-même ou par le biais du PNRDS ou du Conseil de recherche médicale?

**M. Liston:** Je ne suis pas en mesure de vous dire s'il existe des programmes ou des projets du genre dans le cadre du PNRDS. Je vérifierai volontiers pour vous le dire plus tard. Pour l'instant, je l'ignore.

Appelons cela le danger que présente une exposition aux substances chimiques. Nous admettons que quiconque peut réagir à une multiplicité de substances chimiques. Le traitement du patient ou de la personne exposée n'est pas l'objet de nos travaux; mais plutôt comment limiter et empêcher l'utilisation du produit en cause. Nous nous occupons donc plutôt de gestion de risques que de traitement. C'est dans cette optique que la plupart de nos programmes sont établis.

**M. Rosenbaum:** Finalement, il est vrai que la population est de plus en plus sensibilisée aux problèmes de contamination de l'environnement. Malgré cela, l'OCDE rapporte que la pollution industrielle a augmenté de 1975 à 1986 en Amérique du nord. En fait, il y a eu une progression linéaire presque chaque année malgré cette sensibilisation accrue. C'est vrai non seulement en Amérique du nord, mais dans d'autres pays de l'OCDE, en Europe et au Japon. Que pourrait-on faire d'autre pour enrayer la pollution industrielle?

**M. Liston:** Les stratégies déployées actuellement nous permettront d'atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé dans la Loi canadienne sur la protection de l'environnement, c'est-à-dire contrôler la situation et déterminer les risques que pose toute substance chimique pour la santé publique avant sa commercialisation. Cela permettra une meilleure gestion et c'est la stratégie la plus susceptible de réussir.

**M. Rosenbaum:** Merci.

**Le président:** Vous permettrez au président de poser une ou deux questions. Permettez-moi de vous reporter à la deuxième page de votre document, docteur Liston. Le deuxième paragraphe porte sur les substances chimiques dans l'environnement et les mesures que vous prenez à cet égard, surtout du point de vue de la qualité de l'eau et de l'air. Mais si l'on compare cela à ce que vous dites dans le dernier paragraphe où vous traitez de la sensibilité de l'environnement à certaines substances chimiques,



## [Text]

discussed up above where you take a positive action and have a policy to do something about it. But when you come down to the bottom paragraph, you say that for what I would say are similar situations, environmental sensitivity, presumably to chemicals, you then say you are not responsible and that this responsibility comes under the jurisdiction of the provinces. Then if you look at about line 6 there, that last paragraph—it begins with the word "Treatment"—you are suggesting that the provinces have responsibility for comprehensive policies in the treatment of idiosyncratic reactions.

I sense some confusion there, inasmuch as you accept responsibility up in the second paragraph from the top, where you are concerned about the chemical environment vis-à-vis homes, air quality and water quality, but when you come down to the bottom you say you are not responsible for chemicals in the environment but the provinces are. I am wondering whether that is what you really mean, because there is a conflict there, I think. I am also wondering if you could cite some examples of situations where the provinces have taken hold, which you suggest is in their domain rather than your domain.

• 1705

**Dr. Liston:** Mr. Chairman, if I can clarify what is being said in the paragraph that talks about environmental chemicals and their release to the environment, we have developed guidelines there to control chemicals, to control how much is released to the environment, to try to prevent, shall we say, contamination of the environment, of the home, of drinking water, of food, of a variety of commodities that we come in contact with.

So we are in a chemical control mode, whereas as the degree of support to an individual who has an incapacitating sensitivity to a chemical or chemicals is an area that involves diagnosis, treatment or assistance. Those are all traditional areas for provincial responsibility. So there is a continuum.

If federally we can prevent chemicals from entering and injuring, then presumably there will be fewer individuals who will suffer adverse reactions. For those who are exposed to chemicals and react adversely to them, the area of managing the degree of incapacity, or the support, or the diagnosis and treatment is an area of provincial responsibility. That is the differentiation I would draw between a federal and a provincial role.

**The Chairman:** One last question, if I may. We had Mr. Brown before the committee, and I have to say that his testimony was not confrontational the way some people had anticipated it might have been, at least not in a nasty way whatsoever, which sort of impressed the chairman, if not the rest of the committee. One of the points he raised

## [Translation]

question pour laquelle vous disiez plus tôt avoir une politique, vous dites maintenant que vous n'en n'êtes pas responsable et que cela relève des provinces. Finalement, vous dites que les provinces sont chargées des politiques globales à l'égard du traitement des réactions caractéristiques.

Cela me semble assez confus étant donné que vous reconnaissez vos responsabilités dans le deuxième paragraphe, en ce qui a trait à la qualité de l'air et de l'eau, mais au bas de la page, vous dites que ce sont les provinces qui sont responsables des substances chimiques dans l'environnement. Je me demande si c'est vraiment cela que vous vouliez dire, car il y a je pense ici un conflit. Pourriez-vous nous citer des exemples de situations où les provinces ont pris les choses en main dans le cadre de situations qui relevaient d'elles plutôt que de vous?

**M. Liston:** Monsieur le président, si vous me permettez, j'aimerais vous apporter quelques éclaircissements au sujet du paragraphe où il est question de produits chimiques et de leur diffusion dans l'environnement. Nous avons élaboré des lignes directrices visant à contrôler ces produits chimiques et la façon dont ils sont répandus dans l'atmosphère en vue d'essayer d'empêcher la contamination de l'environnement, des habitations, de l'eau potable, des aliments et de quantité de produits que nous cotoyons.

Nous nous inscrivons donc dans un système de contrôle de produits chimiques, tandis que l'aide fournie à une personne qui a une sensibilité incapacitante à un ou plusieurs produits chimiques est une question qui fait intervenir un diagnostique, un traitement ou une aide. Il s'agit là de domaines où ce sont les provinces qui sont traditionnellement responsables. C'est donc tout simplement le maintien d'une situation existante.

Si nous pouvons, à l'échelle fédérale, empêcher que des produits chimiques entrent dans l'atmosphère et nuisent à la population, alors il y aura vraisemblablement moins de personnes qui feront des réactions. Et en ce qui concerne ceux qui sont exposés à des produits chimiques et qui font des réactions, l'aide à fournir en cas d'incapacité ainsi que le diagnostique et le traitement relèvent des provinces. C'est là la distinction que je ferais entre les rôles fédéral et provincial.

**Le président:** Une dernière question, si vous me le permettez. M. Brown a comparu devant le Comité, et je dois dire que son témoignage a été moins antagoniste que certains l'avaient prévu. En tous les cas, il n'a pas du tout été désagréable, ce qui a impressionné le président, sinon l'ensemble du Comité. Il a, entre autres choses, souligné

[Texte]

with us was the fact that the minister had, on perhaps more than one occasion, indicated his support in writing for the concept that there was a problem that some people had with environmental sensitivity. In other words, the minister acknowledged that privately by letter.

Mr. Brown was asking the committee, and I believe had asked the department directly and the minister, whether he would do that publicly, acknowledge the fact that there is a problem of environmental sensitivity to chemicals that some people do have. I do not think you addressed that. I am sure if you read the testimony from the last meeting, you would have seen that he raised that at least once or twice in the course of the discussion of that meeting. I am wondering if it is unreasonable for the minister to make that acknowledgement if he has already made it in writing.

**Dr. Liston:** I have difficulty, Mr. Chairman, speaking for my minister. I can provide you with as much insight into the programs we have, what approaches are being taken, and provide some assurance to the committee that we are not denying that individuals can have adverse, or hypersensitivity, or environmental sensitivity type of exposure and reactions. Having said that, what the minister would wish to do, I would demure from making that statement.

**The Chairman:** I can appreciate that, and I expected you might feel that way. Certainly it would be more appropriate for us in many ways to put that question directly to him when he is here before the committee at some future data.

**Dr. Liston:** Thank you.

**The Chairman:** Are there any further questions of our witnesses? On behalf of the committee, may I thank you very much for being with us today. We appreciate the fact that you have brought us up to date on the policies of the department with respect to this problem of environmental sensitivity. Thank you for being with us.

**Dr. Liston:** Thank you.

**The Chairman:** We move now to the next witness, Dr. Henri Marcoux, who I believe comes to us from Manitoba, if I am not mistaken, the Winnipeg area. We have received a brief from you in the past, but if you would like to identify yourself, Dr. Marcoux, as to your main interest and then proceed with your representation to us, we would appreciate that and have a chance for questions.

**Dr. Henri L. Marcoux (Individual Presentation):** I am a chiropractor. I have been practising for 22 years in Winnipeg, and my main area of interest is wellness and prevention. I have a holistic practice that is based on wellness and prevention. My concern is that the health system is not really a health system but a disease care

[Traduction]

que le ministre avait, plus d'une fois peut-être, donné par écrit son appui au concept selon lequel certaines personnes ont des problèmes du fait de leur sensibilité élevée à l'environnement. En d'autres termes, le ministre a reconnu cela, par lettre, en privé.

M. Brown demandait au Comité—et je pense qu'il avait déjà posé la question directement au ministre et au ministre—si le ministre ne pourrait pas faire la même chose publiquement, autrement dit reconnaître publiquement que certaines personnes sont très sensibles aux produits chimiques présents dans l'atmosphère. Je ne pense pas que vous ayez abordé cette question. Je suis certain que si vous avez lu les témoignages recueillis au cours de notre dernière réunion, vous aurez constaté que le témoin a soulevé cette question une ou deux fois au moins au cours de la rencontre. Si le ministre a déjà reconnu cela par écrit, serait-il déraisonnable qu'il le fasse publiquement?

**M. Liston:** Monsieur le président, cela m'ennuierait de me prononcer au nom du ministre. Je peux vous renseigner au sujet de nos programmes et des approches qui ont été adoptées et je puis vous assurer également que nous ne nions aucunement que certaines personnes peuvent être hypersensibles à des substances présentes dans l'environnement, substances qui peuvent provoquer chez elles des réactions très néfastes. Cela étant dit, je n'ose pas me prononcer sur ce que le ministre voudrait peut-être faire.

**Le président:** J'apprécie cela, et je m'étais bien attendu à une réponse du genre. Pour bien des raisons, il serait sans doute plus opportun que nous posions cette question directement au ministre lorsqu'il comparaitra devant le Comité.

**M. Liston:** Merci.

**Le président:** Y en a-t-il parmi vous qui aimeraient poser d'autres questions aux témoins? J'aimerais, au nom du Comité, vous remercier très sincèrement d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir fait une mise à jour sur les politiques du ministère relativement à ce problème de sensibilité à l'environnement. Merci encore.

**M. Liston:** Merci.

**Le président:** Nous allons maintenant passer au témoin suivant. Il s'agit du Dr Henri Marcoux, qui nous vient, si je ne m'abuse, du Manitoba, et plus précisément de la région de Winnipeg. Nous avons déjà reçu de vous un mémoire, mais vous pourriez peut-être néanmoins nous expliquer quel est votre principal domaine d'intérêt, docteur Marcoux, après quoi je vous inviterai à faire votre exposé. Nous pourrions ensuite vous poser des questions.

**Dr Henri L. Marcoux (à titre personnel):** Je suis chiropraticien, et j'exerce ma profession depuis 22 ans à Winnipeg. Je m'intéresse surtout à l'état complet de bien-être et à la prévention. J'ai un cabinet holistique axé sur le maintien du bien-être et sur la prévention. Ce qui me préoccupe, c'est que le système de soins n'est pas



[Text]

system. It lacks the element that relates to health, wellness, and prevention.

• 1710

My brief is about that particular subject. It is about looking at a vision of a health and wellness plan that is based on some fundamentals that operate with individuals. It goes without saying that if one person can exercise a certain program in his life that makes him healthy and prevents disease, a billion individuals can do the same thing. It is just a matter of organizing it.

In my brief there is an area where there is a major mistake which I just wanted to point out. On page seven, I use the word GNP, but it should have been provincial budgets. It was not corrected. I picked it up today. I did not go from a provincial to a federal jurisdiction in my figures. Every other figure I believe is accurate.

**The Chairman:** This is on page seven?

**Dr. Marcoux:** On page seven at the top, yes.

**The Chairman:** Oh, yes, on line four. Do you want to highlight some of the points in your brief? We would welcome that and then we would have some—

**Dr. Marcoux:** Yes, I will do that. I will just skim through it. I have about 45 minutes of brief here and I do not intend to take that kind of time.

**The Chairman:** We may be stuck with a vote today.

**Dr. Marcoux:** I should have it through in 10 or 15 minutes and then there is time for questions.

I just want to point out that in our society, although the wellness movement in a sense has come around the corner, because there is now national attention on wellness and prevention, there still is a stigma in our society attached to being what I will call a health nut. If you are dedicated and committed to being really healthy, doing all those things you need to do to maintain health and you are conscientious about it, society sees you as being an oddball. But this is kind of changing now because we are seeing more and more that there are a lot of holistic healers of all persuasions coming up. We see shingles now for reflexologists. We see more irologists and more chiropractors. There is a groundswell now that is indicating that there is something going on with the masses, with the people. They are very concerned with wellness and it is becoming quite serious. Of course, it always has been serious.

The point I want to make here is that we have seen these so-called health nuts as radicals in the past. If you are committed to health, you are a radical. But it seems to me that the reverse is really the truth. If in our society we

[Translation]

véritablement axé sur la santé mais sur la maladie. Il lui manque l'élément qui correspond à la santé, au bien-être et à la prévention.

Mon mémoire traite de cette question. Il s'agit d'une vision de la santé et du bien-être qui s'appuie sur certains facteurs fondamentaux qui agissent chez l'être humain. Il va sans dire que si une personne peut suivre dans sa vie un certain programme qui lui permettra de protéger sa santé et qui empêchera la maladie, alors un milliard de personnes pourront faire la même chose. Il s'agit tout simplement de faire le travail d'organisation nécessaire.

Il y a dans mon mémoire une grosse erreur que j'aimerais vous signaler. À la page 7, je parle de PNB, mais il s'agit en fait de budgets provinciaux. L'erreur n'a pas été corrigée car je ne l'ai relevée qu'aujourd'hui. Dans mes chiffres, je ne saute pas du niveau provincial au niveau fédéral. Je pense que tous les autres chiffres sont justes.

**Le président:** Cela se trouve à la page 7?

**Dr. Marcoux:** Oui, en haut de la page 7.

**Le président:** Oui, je vois, à la ligne 4. Aimerez-vous faire ressortir certains des éléments clés de votre mémoire? Ce serait une bonne chose, après quoi nous pourrions. . .

**Dr. Marcoux:** Oui, je ferai cela. Je vais le parcourir rapidement. Il me faudrait environ 45 minutes pour passer en revue tout le mémoire avec vous, mais je n'ai pas l'intention d'utiliser autant de temps que cela.

**Le président:** Nous aurons peut-être à aller voter aujourd'hui.

**Dr. Marcoux:** Dix ou quinze minutes devraient me suffire, après quoi il y aurait du temps pour des questions.

J'aimerais tout simplement souligner que dans notre société, bien que le mouvement axé sur l'état complet de bien-être ait fait le virage, parce que le bien-être et la prévention font maintenant l'objet d'une attention nationale, notre société nourrit toujours un préjugé à l'endroit de ce que j'appellerais les «fanats de la santé». Si vous faites tout votre possible pour être véritablement en santé, si vous faites tout ce qui est nécessaire pour maintenir votre santé et si vous le faites de façon consciencieuse, la société vous trouve bizarre. Mais cela a tendance à changer car il y a de plus en plus de personnes qui assurent des soins dans le cadre d'une approche holistique. On voit maintenant des petites enseignes pour des réflexologues. Il y a de plus en plus d'irologues et de chiropraticiens. Il y a tout un mouvement populaire, tout un mouvement de masse. Les gens sont très préoccupés par le bien-être, et ça devient quelque chose de très sérieux. Évidemment, cela a toujours été sérieux.

Ce que j'aimerais souligner, c'est que par le passé, ces «fanats de la santé» étaient perçus comme des extrémistes. Si vous teniez vraiment à la santé, alors vous étiez un extrémiste. Mais il semblerait que ce soit l'inverse qui soit



[Texte]

have become so distanced from what is normal, to the point where our health care system is making people sick, I wonder which is radical. It seems to me that if a system is basing itself on a highly impersonal technology and a criterion where we are into the extremes all the time, such as salt and sugar and pollution and drugs and a whole bunch of other things, it is radical. Because we have been radical in our departure from what is natural and normal, we are becoming quite sick and I think our health is what is at stake as a nation.

Seventy-five years ago people lived a lot more naturally than we do now. They were more agricultural in a sense. They were influenced by natural things. Food was more unprocessed and so on. We had very little pollution and there were no big pharmaceutical companies getting in the way. At about 1900, death due to cardiovascular disease occurred in one out of seven persons. In 1988, this occurs in one out of two persons, an increase of 350%. Death from cancer occurred in one out of thirty persons and now cancer-related deaths occur in one out of four persons, a 600% increase.

Probably the main factor in this is the development of a massive industrialization of food, extremely high levels of stress, high industrial pollution, excesses in smoking, alcohol usage—a faulty lifestyle—and of course the medicalization of our society.

• 1715

I think the situation at present is so bad that unless we change our system dramatically, we have no hope. There is no hope of ever being able even to scratch the surface of what we need to do to change the situation.

The medicalization process in our society is a big threat. It is as serious a threat as pollution of the environment and pollution of food.

If at some point in this presentation it may look as though this is an anti-medical brief, in a sense it is, but in another sense it is not. I realize we have come this way because of the fact that this is how we have evolved, and it is neither right nor wrong, it is just that it is not working.

I recognize that in the history of medicine there has always been a trend towards what is holistic and what is what I will call "medical". The father of medicine, Hippocrates, was holistic. He was not medical. His rival at that time, his contemporary, Democritus, was medical. He was more into the mechanistic, where Hippocrates was vitalistic.

[Traduction]

vrai. Dans notre société, nous nous sommes tant écartés de ce qui est normal que le système de soins de santé rend les gens malades, et je me demande qui est vraiment extrémiste. Il me semble que si un système s'appuie sur une technologie très impersonnelle et sur des critères qui font sans cesse intervenir des extrêmes, comme par exemple le sel et le sucre, la pollution et les drogues et quantité d'autres choses, alors c'est cela qui est extrémiste. Parce que nous avons été extrémistes dans notre abandon de ce qui est naturel et normal, nous sommes en train de devenir très malades, et je pense que ce qui est en péril au pays c'est notre santé.

Il y a 75 ans, les gens vivaient de façon beaucoup plus naturelle que nous. Ils étaient dans un sens plus près de la terre. Ils étaient influencés par des choses naturelles. Les aliments n'étaient pas traités, frelatés. Il y avait très peu de pollution et il n'y avait pas de grosses compagnies pharmaceutiques qui s'immisçaient partout. Aux environs de l'année 1900, une personne sur sept environ mourait d'une maladie cardiovasculaire. En 1988, c'est le cas d'une personne sur deux, soit une augmentation de 350 p. 100. À cette première date, une personne sur 30 mourait du cancer alors qu'aujourd'hui, le cancer frappe une personne sur quatre, soit une augmentation de 600 p. 100.

Les principaux facteurs qui ont amené cet état de choses sont sans doute l'industrialisation massive du secteur alimentaire, un niveau de stress très élevé, une pollution industrielle très élevée, des excès dans la consommation des produits du tabac et d'alcool, imputable à un style de vie malsain, et, bien sûr, la médicalisation de notre société.

Je pense que la situation actuelle est si catastrophique qu'à moins de changer radicalement notre système, nous n'avons aucun espoir. Nous n'avons pas le moindre espoir de pouvoir ne serait-ce qu'effleurer la surface de ce qu'il faudrait faire pour changer la situation.

Le processus de médicalisation qui caractérise notre société est une grosse menace. C'est une menace aussi grave que celle de la pollution de l'environnement et de la pollution des produits alimentaires que nous consommons.

Je vais peut-être vous donner l'impression que mon mémoire est anti-médical: dans un sens il l'est; mais dans un autre sens, il ne l'est pas. Je me rends compte que nous avons suivi ce cheminement du fait de notre évolution; et que l'on ne peut ni dire que c'est bon ni dire que c'est mauvais, mais tout simplement que cela ne fonctionne pas.

Je reconnais que dans l'histoire de la médecine il y a toujours eu une tendance holistique et une tendance que j'appellerais «médicale». Le père de la médecine, Hippocrate, était holistique. Il n'était pas médical. Son rival à l'époque, son contemporain, Démocrite était médical. Il s'occupait plus de la mécanique, tandis que Hippocrate était partisan du vitalisme.

## [Text]

The wellness movement, or the holistic movement, is vitalistic and non-mechanistic, where the medical movement in Canada is mechanistic and as such relies on a very strict scientific code that allows them to function in such a way that if you cannot see it and measure it, it does not exist, and therefore we will not get to it. Consequent to that particular attitude, a lot of things that relate to the body's ability to heal itself have been neglected. For instance, it has never been proven scientifically that the body has its own physiological goals and is able to heal itself. Therefore it is disregarded.

So we have a system of health care that assumes the body cannot heal itself without medical care. Consequently, people who buy that stuff get into that type of treatment program, the use of either drugs or surgery, which of course makes them sick, on two bases. First, relief of systems will not cure the disease. Secondly, removing a sick gall bladder will not make the person healthier. It may make him feel better, but his health continues to be left unattended.

This is a very serious concern. Of course that method has not worked very well. Because we have gone into this approach, we have not given the body the benefit of the doubt in its own ability to heal itself, we have come, in the United States and Canada, to be twentieth and fifteenth down the list of healthy countries, the United States being the twentieth and Canada being the fifteenth. This is really deplorable. It seems to me if we have this great technological advantage we should be able to be the first in the world, not the fifteenth.

So it has become abundantly clear to me that no relationship exists between medical sophistication, which is the primary system we have in our society, and the level of health. If there is no relationship between the two, then we seriously need to do something about that. I know the attempt to fight disease in our country is sincere and honest.

Research has not helped us a whole lot either, because research is functioning on a medical cycle as well; on a mechanistic cycle. You are looking for drug A to treat condition A and you ignore completely what the body can do for itself. Cancer research is a prime example. The same thing in cardiovascular disease and diabetes. So what is happening in research is that we are going in circles. We are really not going anywhere. We are not breaking the problem, breaking the cycle.

On the subject of prevention, the Canadian Medical Association has stated in the past, and I think within the last two years, that funds must not be diverted from curative care to preventive programs. Under the circumstances, I think their stand is a good stand. Because our level of sickness is so high, medical professionals who are at all conscientious can see themselves as being unable to handle prevention as well as disease care, because of a lack of time, funds, and certainly expertise. It is clear the

## [Translation]

Le mouvement de l'état complet de bien-être, au mouvement holistique est vitaliste et non mécaniste, tandis que le mouvement médical au Canada est mécaniste et, partant, s'appuie sur un code scientifique très strict: seul ce qui est mesurable est valable. À cause de cette attitude, un grand nombre de choses qui se rapportent à la capacité du corps de se guérir par lui-même ont été négligées. Par exemple, il n'a jamais été prouvé scientifiquement que le corps a ses propres objectifs physiologiques et qu'il peut se guérir tout seul. Par conséquent, cela a été laissé de côté.

Nous voici donc avec un système de santé qui s'appuie sur l'hypothèse que le corps ne peut pas se guérir par lui-même sans intervention médicale. Par conséquent, les personnes qui achètent ces produits se lancent dans un programme de traitement faisant intervenir l'utilisation de médicaments ou des opérations, programme qui les rend bien sûr malades à deux niveaux. Tout d'abord, ce n'est pas en soulageant un système donné que l'on guérira la maladie. Deuxièmement, enlever à quelqu'un sa vésicule ne lui rendra pas la santé. La personne se sentira peut-être mieux, mais on ne se sera pas occupé de sa santé.

C'est un très grave problème. Bien sûr, cette méthode n'a pas donné de très bons résultats. Parce que nous avons suivi cette approche, nous n'avons donné à personne le bénéfice du doute quant à sa capacité de guérir tout seul, et les États-Unis et le Canada se rangent au 20<sup>ième</sup> et au 15<sup>ième</sup> rang respectivement dans la liste des pays dont la population est en bonne santé. Cela est déplorable. Il me semble qu'avec cet énorme avantage technologique que nous sommes censés avoir, nous devrions être au premier rang dans le monde et non pas au 15<sup>ième</sup>.

Il est donc parfaitement clair à mon sens qu'il n'existe aucun lien entre la sophistication médicale—le système primaire que nous avons dans notre société—et le niveau de la santé. Et s'il n'y a aucun lien entre les deux choses, alors il nous faudra regarder de plus près. Je sais que les efforts visant à combattre la maladie au Canada sont sincères et honnêtes.

Mais la recherche ne nous a pas beaucoup aidé non plus, parce qu'elle fonctionne elle aussi selon un cycle médical mécaniste. L'on se tourne vers le médicament A pour traiter le problème de santé A et l'on ignore complètement ce que le corps peut faire tout seul par lui-même. La recherche sur le cancer est un excellent exemple, et l'on pourrait dire la même chose des maladies cardiovasculaires et du diabète. Dans le domaine de la recherche, donc, on tourne en rond. Tout cela ne mène nulle part. On ne casse pas le problème, ni le cycle.

Pour ce qui est de la prévention, l'Association médicale canadienne a déclaré par le passé—et je pense qu'elle l'a fait au cours des deux dernières années—qu'il ne faudrait pas transférer des fonds des soins curatifs aux programmes préventifs. Dans les circonstances, je pense que la prise de position de l'Association est bonne. La maladie étant quelque chose de si courant, les professionnels de la médecine qui sont tant soit peu consciencieux ne se voient pas en train de s'occuper et de



## [Texte]

medical model has not done anything for wellness, prevention, or maintenance.

The nearest approach the medical profession has and offers us for preventive is the idea of annual check-ups and annual tests, which do very little to promote health. They let you know what stage a disease is in if you happen to have it, so maybe you can catch it early. Otherwise you wait for it to happen, which is really a disaster, in a sense. When it is bad enough, then you get into something really radical. That system does not work.

If modern medicine really worked, we would have considerably fewer medical practitioners in a very high level of health. That is very clear. So what has happened to us in our society is we have managed to increase the length of life. We have prolonged the quantity of life, but have done so at the expense of the quality of life. We are creating sicker people who live longer, and it is bankrupting us in the process.

The medicare system, which was started with good intentions, has been—this is perhaps an exaggeration on one hand, but on the other hand it also has a lot of truth: medicare has provided the medical profession with an unlimited amount of money which has given a very high standard of living to medical practitioners. And of course the medical profession, being as aggressive as they are and being what they are, have managed to keep a control on that. We have medical people working for that particular profession in all levels of government and everywhere who control and manipulate the system to their advantage, sometimes in a good way and other times not in a good way. I think the monopoly we have in this medical system, at the expense of holistic and wellness systems, is simply a manifestation of that particular political control that the medical profession has managed to have. And of course we know of the radical position taken regarding chiropractic and other holistic healing arts.

What it comes down to is that medicare in Canada does not work. We hear about it as being the greatest system and it is working perfectly. But what is the goal of medicare? Is medicare simply a goal to pay medical practitioners or renderers of health services; or is it to make Canadians well, keep them well, and prevent disease? In that respect, medicare does not work. It is not making sick people well; in fact, it seems to be contributing to making well people sick.

## [Traduction]

la prévention et des soins, ce à cause d'un manque de temps, de fonds et, certainement de compétence. Il est clair que le modèle médical n'a rien fait du tout pour le bien-être, la prévention ou le maintien de la santé.

La formule que la profession médicale nous offre qui se rapproche le plus de la prévention c'est l'idée d'examen médicaux et de tests annuels, choses qui ne font que très peu pour promouvoir la santé. Ces vérifications vous renseignent tout simplement sur l'étape à laquelle est rendue une maladie qui vous habite, vous permettant de la déceler rapidement. Sans ces examens, il vous faut attendre que la maladie se manifeste, ce qui est catastrophique dans un certain sens. Et lorsque la situation est vraiment mauvaise, alors on vous propose quelque chose de tout à fait radical. Ce système-là ne fonctionne pas.

• 1720

Si la médecine moderne fonctionnait vraiment, il y aurait sensiblement moins de médecins et un niveau de santé élevé. Cela est évident. Ce que nous avons fait dans notre société, c'est augmenter l'espérance de vie. Nous avons prolongé la vie, mais nous l'avons fait aux dépens de la qualité. Nous créons des personnes plus malades qui vivent plus longtemps, et cela est en train d'amener la faillite.

Le régime d'assurance-maladie, qui a découlé de bonnes intentions, a été... C'est peut-être une exagération dans un certain sens, mais dans un autre sens, c'est tout à fait vrai: le régime d'assurance-maladie a fourni à la profession médicale des sommes d'argent illimitées qui ont assuré aux médecins un niveau de vie très élevé. Bien sûr, la profession médicale, étant ce qu'elle est et étant aussi agressive qu'elle l'est, a réussi à garder le contrôle de tout cela. Il y a, à tous les paliers gouvernementaux et dans tous les organismes qui contrôlent le système, des membres de la profession médicale qui manipulent la situation à leur avantage, avec des résultats qui sont parfois bons et parfois mauvais. Le monopole exercé par le système médical, aux dépens des systèmes holistiques et axés sur le bien-être, est tout simplement une manifestation de ce contrôle politique que la profession médicale a réussi à maintenir. Et nous connaissons, bien sûr, les positions extrémistes adoptées relativement à la chiropraxie et aux autres arts holistiques.

En dernière analyse, donc, le régime d'assurance-maladie au Canada ne fonctionne pas. Or, on nous raconte partout que c'est le meilleur système et qu'il fonctionne parfaitement bien. Mais quel est le but du régime d'assurance-maladie? S'agit-il tout simplement de payer les médecins et les autres spécialistes de services de santé? Ou bien s'agit-il de faire en sorte que les Canadiens soient en bonne santé et qu'ils le restent, et d'empêcher la maladie? À ce niveau-là, le régime d'assurance-maladie ne fonctionne pas bien. Il ne rend pas la santé aux malades. D'ailleurs, il semblerait même qu'il contribue à rendre malades les personnes en bonne santé.



[Text]

There are a lot of indicators for change: public response; a lot of medical professionals are very concerned with wellness and want to get into prevention; the non-medical healing arts—chiropractic and others—are really starting to show their heads and starting to make statements and say things and do things, and the public is getting involved; consumer health organizations are springing up. There is an association of holistic health organizations developing in Canada that will undoubtedly align itself with a similar movement in the United States, and when the time is right there will be a strong movement among a lot of grass-roots healing arts and people who will work against the medical control.

I am interested here in giving you, briefly, a comparative look at two paradigms: the holistic paradigm and the medical paradigm. There is a lot to be said about that, but simply said, the holistic paradigm or the wellness paradigm wants to develop the ability of the body to be healthy and to prevent its own diseases. It is based on the idea and the concept that the body is able to heal itself and is able to look after itself, given the proper factors. The medical approach, although they do recognize to some extent the ability of the body to heal itself, is more oriented towards treating diseases. Of course, having said what I said before, we know that does not always work. In fact, it does not work at all: it does not make a person healthier.

Sometimes you need to intervene in a heroic situation or where there is a crisis. There is no problem with that. That is a very important aspect of medicine, and it is probably the area of medicine where Canadians will get the most benefit. There is no question of that being the lifesaving thing. The heroics of medicine are really, really excellent.

In the holistic movement, we try not to treat the symptoms. We try to see the symptoms as a door. We see the symptoms as a failure of the body to adapt to something. We do not try to suppress the symptoms by neurologically blocking them, we try to find the cause. Sometimes you have to go in circles. Our system basically works—holistic healers get results. This is why the holistic movement has increased and is continuing to be popular in spite of a concerted medical alliance with the government against holistic healing. For instance, the federal government does not give any kind of money to support the wellness practitioners.

• 1725

The scientific stuff that exists in medicine is very different from what we have in the holistic movement.

[Translation]

Il y a un grand nombre d'indicateurs qui nous disent qu'il faut des changements: la réaction du public, un grand nombre de médecins sont très intéressés par la question de l'état complet de bien-être et veulent s'occuper de prévention; les arts de traitement non médicaux—la chiropraxie et d'autres—commencent à se faire remarquer et leurs partisans, à se faire entendre et à prendre les mesures, et le public participe lui aussi; enfin, des organismes de consommateurs consacrés à la santé sont en train de surgir à droite et à gauche. Il y a une association d'organismes de soins holistiques qui est en train d'être formée au Canada et celle-ci va sans doute s'aligner à un mouvement semblable aux États-Unis. Le moment venu, il y aura un très fort mouvement chez les défenseurs des arts des soins et chez ceux qui s'opposent au contrôle exercé par la profession médicale.

J'aimerais vous donner une brève comparaison de deux paradigmes: le paradigme holistique et le paradigme médical. Il y aurait beaucoup à dire là-dessus, mais restons simples. Le paradigme holistique, ou axé sur l'état complet de bien-être, vise à développer la capacité du corps d'être sain et d'empêcher que la maladie s'y installe. Il s'appuie sur l'idée que le corps est capable de se guérir lui-même et de s'occuper de lui-même, s'il dispose des outils nécessaires. L'approche médicale, même si elle reconnaît dans une certaine mesure la capacité du corps de guérir par lui-même, est davantage axée sur le traitement des maladies. Bien sûr, vu ce que j'ai dit tout à l'heure, nous savons que cela ne fonctionne pas toujours. D'ailleurs, cela ne fonctionne pas du tout: cette approche n'améliore pas la santé des gens.

Il faut parfois intervenir dans une situation héroïque, ou en cas de crise. Je ne vois aucun problème à cela. Il s'agit là d'un aspect très important de la médecine, et c'est sans doute dans ce domaine que la médecine procurera le plus de bien aux Canadiens. Il n'y a aucun doute que la médecine, employée de cette façon, sauve des vies. Sur ce plan, les actes d'héroïsme de la médecine sont vraiment formidables.

Pour ce qui est du mouvement holistique, nous essayons de ne pas traiter les symptômes. Les symptômes sont, pour nous, une porte. Ils prouvent que le corps n'a pas réussi à s'adapter à quelque chose. Nous n'essayons pas d'atténuer les symptômes en les bloquant neurologiquement; nous essayons d'en trouver la cause. Parfois, il faut tourner en rond. Notre système fonctionne plutôt bien: ceux qui pratiquent une médecine holistique obtiennent des résultats. C'est pourquoi le mouvement holistique a pris de l'ampleur et a continué d'être populaire en dépit de la lutte menée contre les soins holistiques par une alliance médico-gouvernementale. Par exemple, le gouvernement fédéral ne verse aucun fonds visant à appuyer les praticiens qui mettent l'accent sur le bien-être.

Les trucs scientifiques utilisés en médecine sont très différents de ce que nous avons dans le mouvement

## [Texte]

The medical profession uses the double-blind system, especially as it relates to drugs, where they want to isolate substances and decide what their effect is on the body, and it works to some extent. But the study of the second phase or the body's reaction to the drug—the first phase being what the drug will do to the body, and the second phase what the body will do in response to the drug—is very poorly studied. That is probably the reason why there is such a high level of iatrogenic disease. According to my statistics, 30% of all recorded illnesses are related to iatrogenic disease. That is a very, very serious problem. That has to be addressed in no uncertain terms in a wellness program.

The holistic view to science is that, first of all, you are not so concerned about trying to find out exactly why things work; it is more that you want to find out that they do work. Consequently, what we do is relatively safe. We base it not so much on the double-blind system, which violates the basic holistic paradigm, but we want to base our information on objective evidence based on practical information, experience and knowing what the body's response is to a certain therapeutic intervention. Consequently, our methods are safe, and there is very, very little iatrogenesis involved in holistic care.

One of the concepts that relate well to our society now is the fact that the main users of our medicare system and the big drainers of our medicare coffers are the seniors, the people who are getting on in life and who, through a life of not caring for their bodies or either following a medical paradigm or our society's paradigm, have paid no attention to the fact that their body is able to protect itself against disease—it can maintain itself and do a number of things—and so have not practised really good methods to prevent disease and maintain health.

So they get into the process that is considered normal medically, that of getting old when you age. That violates the holistic paradigm, because from our experiences, especially following good holistic programs, our patients or people who follow this approach do not get old. This sounds like a really radical thing to say, and so it is, but there is a difference between being old and being aged. If someone can be youthful at 90 and that is their norm, everyone else has a chance of that, too.

What we do causes people to go through an aging process gracefully. Now, if we had that program instituted in our society, we would have considerably less expense on our medicare budgets, on our health care budgets.

We do not assume, like the medical model, that when you become aged you are going to be old. The common story I hear in practice is that a woman or a man might come to me with an arthritic problem in the knee. The family doctor says that is old age to the right knee. The

## [Traduction]

holistique. La profession médicale utilise le système de la double vérification anonyme surtout pour les médicaments lorsqu'on veut isoler certaines substances et déterminer leurs effets sur le corps humain; dans une certaine mesure, cela donne des résultats. Mais la deuxième phase ou la réaction du corps aux médicaments, la première phase étant les effets du médicament sur le corps et la deuxième phase, la réaction du corps mis en présence du médicament—est très mal étudiée. C'est probablement ce qui rend les maladies iatrogéniques si fréquentes. D'après mes statistiques, 30 p. 100 de toutes les maladies déclarées sont liées à des maladies iatrogéniques. C'est un problème excessivement grave. Il importe de s'y attaquer dans un programme de bonne santé.

La position scientifique de la médecine holistique, c'est qu'on ne cherche pas particulièrement à savoir pourquoi les choses donnent des résultats mais plutôt à s'assurer qu'elles le font. Par conséquent, ce que nous faisons est relativement sans danger. Nous ne nous fondons pas tellement sur la double vérification anonyme, qui est contraire aux principes holistiques fondamentaux, mais nous cherchons à baser nos informations sur des preuves objectives fondées sur l'information pratique, l'expérience et la connaissance de la réaction du corps face à certaines thérapeutiques. Par conséquent, nos méthodes sont sûres, et elles sont accompagnées de très peu de réactions iatrogéniques.

Un des principes bien établis dans notre société actuelle, c'est que les principaux usagers de notre système médical, les grands dépensiers, ce sont les personnes âgées, ceux qui avancent en âge et qui, après une vie entière de négligence de leur corps, après avoir suivi les principes médicaux ou les principes de la société, après avoir toujours ignoré que leur corps a des moyens de se protéger lui-même contre la maladie, de s'entretenir et d'accomplir un certain nombre de choses, bref, des gens qui n'ont jamais efficacement pratiqué la prévention et entretenu leur santé.

Ils en arrivent donc à un stade qui, du point de vue médical, est considéré comme normal et accompagnant la vieillesse. Cela va à l'encontre des principes holistiques car nous savons, en nous fondant sur nos expériences, et après avoir suivi de bons programmes holistiques, que nos patients et les gens qui suivent ces principes ne vieillissent pas. Cela semble très extrémiste, et ce l'est, mais il y a une différence entre vieillir et être âgé. Quelqu'un peut être très jeune à 90 ans, pour ces personnes c'est normal, et tous les autres ont la même possibilité.

Nos pratiques permettent aux gens de vieillir avec grâce. Cela dit, si ce programme était en application dans notre société, nos budgets médicaux seraient bien moins élevés.

Nous ne tenons pas pour acquis, comme le modèle médical, que celui qui prend de l'âge doit forcément vieillir. J'ai un exemple classique que je vois très souvent dans ma pratique, un homme ou une femme qui viennent me voir parce qu'ils ont de l'arthrite dans un genou. Le



## [Text]

question is: how old is your other knee? The other knee does not have arthritis.

What we are looking at here is not a question of age, but a question of faulty mechanics. There is a cause for the development of an arthritic problem, and as chiropractors, we are concerned with correcting it mechanically and in every other way that needs to be corrected in order to get this joint to heal itself or at least to preserve the good one. What we do works. This is no fooling around. What we do works.

So as a result of living a natural life and obeying the laws of nature, in a sense, we become able to age and to live our natural longevity. It has been shown that patients who take the responsibility for their own healing processes will get better. This is an aspect of holistic care that is not found so much in medical care, although there is a popularity to this now. There is a new popularity to this concept.

For instance, when you apply a drug or surgery to a patient, you remove the person's ability to handle his or her own problem. Sometimes it is necessary to do that in a crisis situation, no doubt, but in a normal situation that is destructive in a sense, and it seems to support the disease process. We find that patients who take responsibility for their health and commit themselves to being healthy heal a lot more quickly and do not have that kind of dependency on the medical system.

Of course, all this leads to a lot of cost-efficiency, and so we know that holistic healing is very cost-efficient. In fact, it has been shown in an industry in the United States—I am referring to a company called the Vermeer Manufacturing Company—that for every \$1 they spent in that company on health care and health talks and programs and maintaining health, including some wellness consultations, they saved \$10 in their health care budget. That may not be exact for Canada—it may be 2:10 or 3:10—but no doubt any time you spend on wellness will create less sickness at the other end and cost us less.

• 1730

What are these essential things that are necessary for health? The body will respond and handle health and disease and prevention if it has certain factors going for it. I just want to get into these factors. This is the stuff that holistic healers and holistic health are made up of.

First of all, the factors that relate to the creation of health in the body. The neuro-musculo-skeletal system: this system, the muscle and bone and neurological system, is 70% of the body. That system has to be looked after. It has to be cared for by a number of things. The main factors in caring for this skeleton of ours are spinal manipulation, exercise, fitness, and of course nutrition.

## [Translation]

médecin de famille prétend que leur genou droit est vieux. Une question se pose immédiatement, quel âge a l'autre genou? L'autre genou n'a pas d'arthrite.

En réalité, ce n'est pas une question d'âge, mais un problème de mécanique. L'arthrite a une cause et, en tant que chiropraticien, nous voulons aborder une solution mécanique, prendre toutes les mesures nécessaires pour permettre à cette articulation de se guérir elle-même, ou du moins pour préserver celle qui n'a pas encore souffert. Ce que nous faisons donne des résultats. Ce n'est pas une plaisanterie, ce que nous faisons donne des résultats.

Ainsi, après avoir vécu une vie naturelle, après avoir obéi aux lois de la nature, nous pouvons vieillir et aller jusqu'au bout de notre longévité naturelle. On a prouvé que les patients qui assumaient la responsabilité de leur propre guérison se mettaient à aller mieux. C'est un aspect de la médecine holistique qu'on ne trouve pas tellement dans la médecine classique, bien qu'en ce moment ce soit assez populaire. C'est un principe qui est en gain de popularité.

Par exemple, quand vous administrez un médicament, quand vous faites une opération sur un patient, vous l'empêchez de s'occuper lui-même de ses problèmes. En cas de crise, c'est parfois nécessaire, c'est certain, mais dans une situation normale, c'est très destructeur et cela a tendance à faciliter l'établissement de la maladie. Au contraire, les patients qui assument la responsabilité de leur propre santé, ceux qui s'engagent dans la voie de la santé délibérément, guérissent beaucoup plus rapidement et ne dépendent pas du système médical de la même façon.

Bien sûr, tout cela pose la question des coûts, et nous savons que la méthode holistique est très économique. En fait, une compagnie américaine, la Vermeer Manufacturing Company, a prouvé que pour chaque dollar qu'elle dépensait dans le secteur de la santé, causerie sur la santé, programme et prévention, y compris des consultations sur la bonne santé, elle économisait 10\$ dans son budget médical. Ce rapport n'est peut-être pas juste pour le Canada—peut-être est-ce 2 à 10 ou 3 à 10—mais on ne peut douter que si l'on s'occupe de son bien-être physique, on a moins tendance à être malade et, en définitive, la note sera moins élevée.

Qu'est-ce qui est essentiel à la santé? Le corps s'adapte à la santé, à la maladie et à la prévention si certains facteurs le favorisent. Je vous parle de ces facteurs. Voici de quoi s'occupent les guérisseurs holistes, voici ce que signifie la santé holistique.

Prenons pour commencer les facteurs du maintien de la santé corporelle. Le système neuro-musculo-squelettique: ce système, les muscles, les os et les nerfs, compose 70 p. 100 du corps. Il faut prendre soin de ce système. Son entretien exige un certain nombre de choses, dont les principales sont la manipulation de l'épine dorsale, l'exercice, la bonne condition physique, et bien



*[Texte]*

Those three things play major roles in maintaining a skeleton.

We know that this is an important skeleton because when people are old we know that they are old because of the fact that their posture has gone. When we read about being old we read about cardiovascular disease and hardening of the arteries and cancer and sickness and all of that stuff, but the truth of the matter is that none of those things seem to occur or they occur simultaneously to the degeneration of the musculo-skeletal system.

In our society no attention is paid to the musculo-skeletal system except by holistic practitioners. I am talking about the restoration of normal mechanics. I am not talking about surgical interventions where it is necessary or in cases where it has gone too far and there is a necessity for surgical intervention. What chiropractors do best, for instance, is maintain the body's musculo-skeletal system in its relationship to the nervous system, because the two work together and they control body function.

We have had a hard time showing this to people who have this block in their mind about the scientific thing because it has never been proven. Hell, life has never been proven! Life is not even scientific, and it has never been proven. But you can see it by the effects over a 20-year period. Patients I have treated over a 20-year period in maintenance care in 20 years have not gotten old. I apologize for that, but that is how it is. I cannot help it, and when I talk to other chiropractors about it in the same situation, they say, of course. This is common knowledge among the holistic healers. We can actually stop the getting-old process, and we can do it by caring for the musculo-skeletal system, among other things.

Nutrition: we need good nutrition. Our problem in nutrition in our society is that we have industrialized food. We have put in preservatives; we have polluted it. We have done all kinds of things, including putting out a food guide that may or may not be accurate and appropriate to everybody.

Environmental pollution also fits into this category as it relates to water, air, foodstuffs, and things.

Physical fitness is another important factor in maintaining health.

The fourth is emotion and handling stress. Emotions are necessary. They are there; we cannot do without them. Handling stress is a very important part of this. When we work on people chiropractically, we break down the muscle patterns in their bodies and allow them to handle stress in a far more efficient way.

Exercise and nutrition also do the same thing; good mental attitude, dealing with emotions, dealing with stress.

*[Traduction]*

sûr, l'alimentation. Ces trois choses jouent un rôle majeur dans l'entretien du squelette.

Nous savons que le squelette est important parce qu'à mesure que les gens vieillissent, on s'en rend compte parce que leur posture se détériore. Quant on parle de vieillesse, on parle de maladies cardiovasculaires, d'artériosclérose, de cancer et d'autres maladies, mais en fait aucune de ces choses ne semble se produire ou bien elles se produisent en même temps que la dégénérescence du système musculo-squelettique.

Dans notre société, les seules personnes qui prêtent attention au système musculo-squelettique sont les praticiens holistes. Je vous parle du rétablissement des fonctions normales. Je ne parle pas des interventions chirurgicales lorsqu'elles sont nécessaires ou dans les cas où la maladie est trop avancée et il faut opérer. Où les chiropraticiens excellent, c'est dans l'entretien du système musculo-squelettique dans ses rapports avec le système nerveux parce que les deux concourent à contrôler les fonctions corporelles.

Nous avons eu du mal à le faire comprendre aux gens parce qu'ils sont obnubilés par cette critique scientifique, à savoir que la valeur de nos soins n'a jamais été prouvée. Que diable, la vie non plus n'a jamais été prouvée. La vie n'est même pas scientifique, et on ne l'a jamais prouvée. Mais on peut constater la guérison holistique en observant les effets sur une période de 20 ans. Des patients à qui j'ai donné des soins d'entretien pendant 20 ans n'ont pas vieilli. Veuillez bien m'en excuser, mais c'est ainsi. Je n'y peux rien et lorsque j'en parle à d'autres chiropraticiens dans la même situation, ils répondent oui, bien sûr. C'est quelque chose que partagent les guérisseurs holistes. Nous sommes effectivement capables d'arrêter le processus de vieillissement; nous le faisons en prenant soin du système musculo-squelettique, entre autres choses.

L'alimentation: il faut une bonne alimentation. Le problème de nutrition dans notre société résulte des aliments produits industriellement. Nous y mettons des préservatifs; nous les avons pollués. Nous avons fait toutes sortes de choses, y compris la publication d'un guide alimentaire dont on n'est pas trop sûr s'il est correct et s'il convient à tout le monde.

La pollution du milieu entre également dans cette catégorie en ce qu'elle touche l'eau, l'air, les aliments et d'autres choses.

Le condition physique est un autre facteur important de la préservation de la santé.

Le quatrième facteur touche aux émotions et au stress. Les émotions sont nécessaires. Elles existent, nous ne pouvons pas nous en passer. La façon dont nous réagissons au stress est une partie très importante du processus. Lorsque nous traitons les gens, nous déliions leurs muscles tendus et nous leur permettons de réagir au stress de façon beaucoup plus efficace.

L'exercice et l'alimentation font aussi la même chose: une bonne attitude mentale, vivre avec ses émotions, réagir au stress.

## [Text]

Mind and spirit are the fifth point. The achievement of our intellectual and spiritual goals is an important factor in living successfully. The meaning of one's life has to be felt and appreciated in order to lead the life process to its just and natural continuation.

So the five things—neuro-musculo-skeletal system, nutrition, physical fitness, emotions and handling stress, mind and spirit—are the five factors essential for good health, wellness, and disease prevention; but these are the five things that are the most neglected in our society, in our health care system. If we do not deal with that and stop this illness then the illness is going to stop us.

How do we implement this in a health care system? We have to take advantage of the fact that what we have already going for us has considerable value and we cannot throw that away. I am referring to the medical system. We cannot throw the medical system out, because it plays a vital role.

But, while leaving that system alone and letting it function in its manner, we also need at the same time to develop the wellness paradigm so that we can create wellness and disease prevention.

There is no problem with keeping medical practitioners busy; but as we develop the wellness concept other holistic healers will start to get busier, chiropractors especially. Wellness practitioners need to have equal access to hospitals and other therapeutic centres. Hospitals should have an area for crisis care and for wellness care. All essentials related to wellness care should be dealt with in a hospital either on an in-patient or an out-patient basis or both.

• 1735

Let me put it this way. If a government took the initiative and started to do something concrete about health and wellness and there was a medical backlash and you could not change the medical backlash by reason and by gradual change, then it should be legislated. That is it. Either we do things right or we do not do things right. After all, public institutions belong to the public, not to the medical profession.

We have to make sure that we change the number of medical people who are stuck into that medical mode from government circles and give opportunities to other healers of holistic persuasions to get involved in decision-making to broaden the scope.

To attack the health problems in our society and to create a wellness-oriented disease-prevention system we need to have three things. We need primary contact care, delivery and training. The second thing is that we need public health and environmental protection, wellness and prevention as a third division. I will just briefly touch on these.

## [Translation]

L'esprit est le cinquième aspect. Il importe d'atteindre ses objectifs intellectuels et spirituels pour réussir sa vie. Le sens de la vie doit être ressenti et apprécié pour qu'on puisse vivre sa vie d'une manière juste et naturelle.

Ces cinq points—le système neuro-musculo-squelettique, l'alimentation, la condition physique, les émotions et le stress, enfin l'esprit, sont les cinq facteurs essentiels de la bonne santé, du bien-être et de la prévention des maladies; ce sont aussi les cinq aspects de la vie qui sont les plus négligés par notre société, par notre régime médical. Si nous ne nous y penchons pas, si nous ne mettons pas fin à cette maladie, alors c'est elle qui nous arrêtera.

Comment peut-on intégrer ces pratiques dans un régime médical? Il nous faut tirer profit de nos acquis qui sont considérables et qu'il ne faut pas gaspiller. Je veux dire par là notre régime médical. Nous ne pouvons pas nous défaire de notre régime médical parce qu'il joue un rôle vital.

Cependant, tout en laissant le régime médical en place et en le laissant fonctionner à sa façon, il nous faut aussi développer parallèlement le paradigme du bien-être afin d'assurer le maintien du bien-être et la prévention des maladies.

On n'aura aucun mal à tenir les médecins occupés; mais à mesure que nous développerons la notion du bien-être, d'autres guérisseurs holistiques seront de plus en plus occupés, particulièrement les chiropraticiens. Les praticiens du bien-être ont besoin d'un accès égal aux hôpitaux et aux autres centres thérapeutiques. Les hôpitaux devraient avoir un département pour les soins ponctuels et un autre pour les soins préventifs. Tous les soins préventifs essentiels devraient être donnés en milieu hospitalier, que le malade soit ou non hospitalisé.

Je vois les choses ainsi. Si un gouvernement prend une initiative et décide de faire quelque chose de concret pour la santé et la prévention, et si les médecins réagissent négativement, et qu'on ne puisse pas les amadouer par des changements graduels, eh bien il faut légiférer. Il faut savoir si l'on veut que les choses soient bien faites ou non. Après tout, les institutions publiques appartiennent au public et non pas aux médecins.

Il faut qu'il y ait moins de médecins de tendance traditionnelle dans les milieux du gouvernement et que davantage de guérisseurs holistiques puissent participer à la prise de décisions, afin d'élargir les horizons.

Pour s'attaquer à la maladie dans notre société et créer un régime de prévention, il nous faut trois choses. Il nous faut des soins primaires, la prestation des services et la formation. Il nous faut un régime d'hygiène publique et de protection de l'environnement, ainsi que, en troisième lieu, une médecine préventive. Je vais dire quelques mots de chacun de ces points.



## [Texte]

In primary care we need to make sure that the schools teach good basic sciences, but have all schools exposed to what the other is doing. We do not have to change the professions and have one healing art for everything. We can be holistic and we can be medical but within the medical field, for instance, there are holistic medical doctors as there are crisis-oriented medical doctors. That should be acknowledged. In Canada today it is not acknowledged. Medical schools should have a fundamental knowledge of the holistic arts and so should holistic schools have fundamental knowledge of the medical arts so that we understand each other and can work together for the benefit of our patients. Of course everybody, all our patients, say this.

Medical schools should have a 72-hour course on nutrition added to the medical curriculum. Institutional nutrition should be supervised by individuals who have a holistic bent on nutrition and those who have a medical bent on nutrition. That way we would have in our hospitals foods that heal rather than what we have at the present time.

Public health and environmental protection—I was fortunate to catch a little bit of the last presentation. I think in our country with pollution of all types, from food and air, water and our environment, pollution control is not strict enough. There is no doubt that the relationship between cancer and pollution is a close one. We have to be very strict about that and I think we need to do whatever needs to be done to control the pollution in no uncertain terms.

It means, for instance, stopping the manufacture of artificial food enhancers including chemically synthesized artificial sweeteners, artificial colours, artificial flavours, etc. We should be doing research to find natural ways of preserving shelf life, not irradiation and other types of synthetics. We should control alcohol use and tobacco use.

The third division, wellness and prevention, would be responsible, in my vision of it, for anything related to wellness and prevention. That would mean educational programs, publicity campaigns, physical fitness campaigns, you name it. Whatever it takes to do the job has to be done. This is where you re-educate the entire population. You re-educate them to use wellness practitioners for wellness care and health maintenance. You use the medical model for what it is good for. Use the media. We use anything at all that we can use to create an attitude and an environment for people's mind and thinking patterns to go into wellness and disease prevention.

Funding: I cannot really say a lot about funding except to say that the holistic healers have really been underfunded. In my type of practice it is not possible to do well because of the fact that I can do it but I do it at

## [Traduction]

En ce qui concerne les soins primaires, il faut que les écoles donnent une bonne formation scientifique de base, mais qu'elles montrent aussi ce que font les autres. Il n'est pas nécessaire de changer les métiers et d'imposer une méthode de soins pour tout. On peut être à la fois holiste et médical; dans le champ médical, par exemple, il y a des médecins holistes tout comme il y a des médecins qui donnent des soins ponctuels. Il faut le reconnaître. Au Canada, on ne le reconnaît pas. Les facultés de médecine devraient avoir une connaissance fondamentale des soins holistiques, et les écoles holistiques devraient avoir une connaissance de base de la médecine afin que nous puissions nous comprendre les uns les autres et travailler ensemble pour le bien-être de nos patients. Bien entendu, c'est ce que tout le monde dit, ce que disent tous nos patients.

Les facultés de médecine devraient ajouter à leur programme d'enseignement un cours de 72 heures sur la nutrition. L'alimentation dans les institutions devrait être placée sous la surveillance conjointe de personnes qui ont un point de vue holiste et d'autres qui ont un point de vue médical. Ainsi, nos hôpitaux serviraient une nourriture qui soigne plutôt que ce qu'ils offrent actuellement.

Hygiène publique et protection de l'environnement: j'ai pu heureusement entendre quelques mots de la fin de l'exposé précédent. À mon avis, avec tous les genres de pollution que nous avons dans notre pays, dans l'alimentation et dans l'air, dans l'eau et dans l'environnement, les mesures antipollution sont insuffisantes. Il est certain que des liens étroits existent entre le cancer et la pollution. Nous devons nous montrer très fermes là-dessus et je pense qu'il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour lutter contre la pollution.

Cela veut dire, par exemple, cesser la fabrication d'exhausseurs de goût artificiels, notamment les édulcorants chimiques, les colorants artificiels, les saveurs artificielles, etc. Nous devrions faire de la recherche pour trouver des moyens de préservation naturelle, sans irradiation et autres additifs synthétiques. Nous devons limiter la consommation de l'alcool et du tabac.

Le troisième élément, celui du bien-être et de la prévention, serait chargé, dans mon plan, de tout ce qui a trait à la prophylaxie. Cela comprend les programmes d'éducation, la publicité, les campagnes pour la mise en condition physique, et tout le reste. Tout ce qu'il faut pour atteindre l'objectif visé. C'est là qu'il faut refaire toute l'éducation du public. Il faut refaire son éducation pour qu'il se tourne vers la médecine préventive. On fait appel au modèle médical lorsqu'il peut être utile. On utilise les médias. Il faut utiliser tous les moyens disponibles pour créer une nouvelle attitude et un environnement propice à la prévention et au bien-être général.

En ce qui concerne le financement, je ne peux pas vraiment en parler, sauf pour dire que les guérisseurs holistes ne sont vraiment pas suffisamment financés. Dans un cabinet comme le mien, il n'est pas possible de bien



[Text]

my expense. It is really keeping my income very low. I cannot function in a wellness system because of the fact that it is too costly for people, in spite of the fact that it saves thousands of dollars on the other side. Every time a patient comes to a chiropractor you save thousands of dollars to the system. Any time a patient goes to a reflexologist they save thousands of dollars to the medical system. That needs to be taken into consideration.

Primary care contact professions should be paid, I think, on a fee-for-service basis in keeping with the national average. They should try to get that uniform across the country. Salaried primary care personnel should have all their overhead expenses paid for. I am not against salaries. I think salaries are fine. I think our system should have a lot of multi-disciplinary community clinics and these should be the norm. There should also be available here some limited partnerships with government, so that practitioners can own shares in their community clinics.

• 1740

It is important that there be user fees for patients visiting doctors of any type. User fees are good, because it allows patients to take more responsibility for themselves. If not user fees, then patients could pay premiums to an insurance company—a private insurance company—or to the government. It is important to let go the myth of universal medicare and start getting people to become responsible financially, so they can start getting into their own prevention.

In the United States, if anything has been shown other than the fact that it costs a lot of money for health care, it is that people who are having to pay that kind of money are very concerned with prevention. So perhaps the Americans might be ahead of us in prevention.

Drug research in my view, because of the nature of drugs, should be done by the companies who will benefit the most by the profits as a result of drugs, except, of course, in situations where there is an emergency or there is a crisis. Then the government should get in and sponsor drug research. But otherwise, it should be funded by the drug companies.

Research in wellness and prevention should be financed by foundations, donations and by government.

What does it take to get this started? I am not sure, because I am not a bureaucrat, but I think it would need a task force and I think the task force should have people in it from all schools. Schools of healing, but all schools of thought. There should be some laymen, different

[Translation]

réussir, car je dois tout faire à mes propres frais. Cela réduit vraiment mon revenu. Je ne peux pas amener mes patients au bien-être général car c'est trop coûteux, même si d'autre part cela permet au régime médical d'économiser des milliers de dollars. Chaque fois qu'un patient va voir un chiropraticien, le régime des soins de santé économise des milliers de dollars. Il en est de même chaque fois qu'un patient va voir un réflexologiste. Il faut en tenir compte.

Les personnes qui donnent des soins primaires devraient, à mon avis, être payées à l'acte et au tarif national moyen. Il faut essayer d'uniformiser les tarifs à l'échelle nationale. Ceux qui sont salariés devraient pouvoir se faire rembourser tous leurs frais généraux. Je n'ai rien contre les salaires. Les salaires sont une bonne chose. Je pense que nos structures devraient comporter un bon nombre de cliniques communautaires multidisciplinaires, qui devraient être la norme. Il faudrait aussi prévoir une sorte de société en nom collectif avec le gouvernement, pour que les praticiens puissent avoir les actions dans les cliniques communautaires.

Il importe qu'il y ait un ticket modérateur pour les malades qui viennent voir un médecin, quel qu'il soit. Ce ticket modérateur a du bon, car il encourage les patients à assumer davantage leur responsabilité. À défaut, ces patients pourraient verser des primes à une société d'assurances—du secteur privé—ou au gouvernement. Il importe de renoncer à l'universalité mythique du régime d'assurance-maladie et d'obliger les gens à faire preuve de responsabilité financière, pour qu'ils soient davantage conscients de la prévention.

Aux États-Unis, s'il y a une chose qui ressort, outre le fait que les soins médicaux deviennent onéreux, c'est que les gens qui doivent payer pour ces soins manifestent beaucoup plus d'intérêt pour la prévention. Il se peut que les Américains aient de l'avance sur nous en matière de prévention.

À mon avis, la recherche sur les médicaments, vu la nature de ces derniers, devait être le fait de sociétés qui profitent le plus de la découverte de ces médicaments, sauf, bien entendu, en temps d'urgence ou de crise. C'est alors que le gouvernement devrait intervenir et parrainer la recherche sur les médicaments, autrement cette recherche devrait être financée par les fabricants de médicaments.

La recherche sur le bien-être et la prévention devrait être financée par les fondations, par les gouvernements ou au moyen de dons.

Que faudrait-il faire pour mettre un tel système en route? Je ne puis dire, n'étant pas un bureaucrate, mais je pense qu'il faudrait constituer un groupe de travail, qui comprendrait des représentants de toutes les écoles. Des écoles de médecine, oui, mais aussi de toutes les écoles de

[Texte]

professionals, engineers, biochemists, research scientists, etc.

Neutrality is essential and I think given the system we have, if we are going to make any radical change, there should not be a medical practitioner leading it unless, of course, we know the medical practitioner is holistic, which gives you a better chance of being neutral. Of course, you can have a holistic practitioner who is so far on the other side he cannot see that there is something to both. So you need someone who has the ability to be neutral. It could be a minister of health, a deputy minister, a task force chairman, an MD or a DC, or someone who has that ability to stay neutral and to understand and to get a vision of what is going on.

Then we set the thing in motion. It is a massive undertaking. But it can be done and it has to be started very soon.

I really appreciate the opportunity to present this brief to you. Please be aware that although my critique of the medical profession is strict, it does not question their sincerity and their dedication to helping people and wanting to really do a good job. The same thing applies to holistic healers. We are all trying to do a good job, but we are stuck in paradigms that keep us apart and stop us from doing what we really should be doing.

If we are going to make a difference in health care, we will have to let go of many of our previously held concepts and values and embrace another approach. What we have accomplished so far has not succeeded in creating healthy Canadians. In fact, disease and illness in Canada is out of control. This control can only be gained through a wellness and prevention program. Canada should be number one on the list of healthy countries.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Marcoux. I am sure that I, as a family physician, should say that you would be disappointed if I did not describe your presentation as being at least provocative anyway.

**Dr. Marcoux:** Thank you, I hope so.

**The Chairman:** In all fairness, I think there are some points you have raised that are good points, but I obviously will want to challenge some as well.

**Dr. Marcoux:** Of course.

**The Chairman:** In fact, what I might want to do more would be to debate with you, but that is not the purpose of committee meetings. Our purpose here is to hear testimony and get questions answered. But I know Mr. Duguay wants to ask you some questions and I think probably Mr. White does. Certainly, our researcher does.

[Traduction]

pensée. Il pourrait y avoir des profanes, divers professionnels, des ingénieurs, des biochimistes, des chercheurs scientifiques, etc.

L'essentiel, c'est la neutralité; vu la structure actuelle, s'il nous faut effectuer des modifications radicales, il ne faudrait pas en laisser la direction à un médecin, à moins, bien entendu, que ce dernier ait un point de vue holistique, nous permettant d'espérer qu'il est neutre. Bien sûr, on pourrait tomber sur un praticien holiste, qui a des idées extrêmes bien à lui et qui ne peut voir aucun autre point de vue. Voilà pourquoi il faut trouver quelqu'un qui soit neutre. Ce pourrait être le ministre de la Santé, un sous-ministre, le président d'un groupe de travail, un médecin ou un chiropraticien, enfin, quelqu'un qui peut être neutre et qui peut comprendre et réaliser ce qui se passe.

Ensuite la chose se mettrait en route. Il s'agirait d'une entreprise énorme. Mais il est possible de la réaliser, mais il faut la mettre en route sans délai.

Je vous remercie de m'avoir permis de vous présenter mon mémoire. Quoique ma critique de la profession médicale soit dure, j'ajouterai que je ne conteste pas sa sincérité, son dévouement ni son désir de bien faire les choses. La même remarque vaut pour les guérisseurs holistes. Nous cherchons tous à faire un bon travail, mais nous sommes tous coincés par des paradigmes qui nous séparent et qui nous empêchent de faire ce que nous voudrions réellement faire.

Si nous tenons à révolutionner le régime des soins médicaux, nous devons dès maintenant renoncer à certaines de nos préconceptions et de nos valeurs les plus communes et adopter une nouvelle démarche. Ce qui s'est fait jusqu'ici n'a pas abouti à un Canada en pleine santé. En fait, les infections et les maladies au Canada échappent à notre emprise. Nous ne pourrions reprendre les choses en main que grâce à un programme de santé et de prévention. Le Canada devrait être au premier rang sur la liste des pays en bonne santé.

**Le président:** Merci bien, monsieur Marcoux. Étant médecin moi-même, je crois bien que vous seriez déçu si je ne disais pas que votre exposé a à tout le moins le mérite de provoquer la discussion.

**Dr Marcoux:** Merci, je l'espère bien.

**Le président:** En toute justice, certaines remarques que vous avez faites sont des plus valables, mais il y en a d'autres, bien sûr, que j'aimerais contester.

**Dr Marcoux:** Bien entendu.

**Le président:** En fait, j'aimerais bien pouvoir débattre la question avec vous, mais ce n'est pas le but que visent les séances de comité. Nous sommes ici pour entendre les témoignages et obtenir des réponses à nos questions. Mais je sais que M. Duguay, et probablement M. White, veulent vous interroger. En tout cas, c'est bien l'intention de notre documentaliste.



[Text]

We will start with Mr. Duguay. I think we should probably plan to close by about 6 p.m., if that seems reasonable to you.

**Mr. Duguay:** I think you have proposed some controversial things and I am sure the committee at some point will have a chance to hear other sides and debate them. But I wanted to ask you a series of questions.

First, maybe you could give me a better understanding of why it is that you think Canadians go to iridologists and reflexologists and people like that. Why do Canadians go to those people?

**Dr. Marcoux:** They go there to get results because, obviously, they have not had results elsewhere. They have been to their family physician, who has given them a drug. Or they went through physiotherapy. Or they went through a series of things, including surgery, to get not only symptomatic relief but to get their problem resolved, and it has not been resolved. So they are resorting to anything they can attach any kind of hope to.

• 1745

A lot of them have been to chiropractors as well and have not had the results there, so they went to the next best thing. Chiropractic is relatively orthodox in our society. It is established, etc. But they may have gone to MDs, to chiropractors, and they end up with a iridologist and a reflexologist, because they find out what is being done there works; it helps them.

**Mr. Duguay:** In our society, most of us have grown up with the fact that if someone has a medical doctor's degree, there is someone who has tested them and there is an agreement that they have some skills. Chiropractors I think are coming to be looked at in much the same way. In your estimation, are any of the other practitioners, iridologists, reflexologists, or people like that, quacks?

**Dr. Marcoux:** Well, there is quackery everywhere. The original definition of "quackery" is not really appropriate here, but quackery is when you do something that is really wrong and it is harmful and it could create problems.

Among the non-medical healers there are naturopaths, who are also trained in an institution; there are homoeopaths, who in England are trained in institutions. Of course, the information on homoeopathy is available everywhere. I am not sure how medical practitioners are exposed to the various non-medical healing art forms, but courses in homoeopathy are going right now. There is a course on right now in naturopathy; a three- or four-year course. There are post-graduate courses. They are not full time; they are monthly courses, going on for three years. But they have examinations and certification and things.

[Translation]

Nous commençons par M. Duguay. Je crois qu'il faudrait probablement clore la réunion vers 18 heures, si cela vous semble raisonnable.

**M. Duguay:** Vous avez formulé certaines propositions controversées, et je ne doute pas que le Comité aura un jour la chance d'entendre d'autres points de vue et de les débattre. Mais je voudrais vous poser une série de questions.

Premièrement, peut-être pourriez-vous me faire mieux comprendre pourquoi vous pensez que les Canadiens s'adressent à des iridologues, des réflexologues, des gens de cet acabit. Pourquoi les Canadiens consultent-ils ces gens?

**Dr. Marcoux:** Ils s'adressent à eux, de toute évidence, pour obtenir les résultats qu'ils n'ont pas eus ailleurs. Ils se sont adressés à leur médecin de famille, qui leur a prescrit un médicament. Ou bien ils ont suivi un régime de physiothérapie. Ou bien ils ont subi une série de traitements, notamment des opérations chirurgicales, non seulement pour soulager le symptôme mais aussi pour guérir le mal, mais cela n'a donné aucun résultat. Ils se tournent vers n'importe quoi qui leur donne un peu d'espoir.

Beaucoup d'entre eux sont déjà allés voir des chiropraticiens également, sans succès, et donc ils s'adressent à quelque chose de semblable. La chiropractie est considérée comme étant relativement orthodoxe dans notre société. Elle est bien établie, etc. Mais parfois les gens ont déjà consulté des médecins et des chiropraticiens, et ils finissent par consulter un iridologue ou un réflexologue, parce qu'ils trouvent que leur traitement les soulage.

**M. Duguay:** Dans notre société, la plupart d'entre nous estiment que si quelqu'un a un doctorat en médecine, ses compétences ont été reconnues lors de certains examens. On commence à considérer les chiropraticiens de la même façon. Pensez-vous que certains des autres praticiens—les iridologues, les réflexologues etc.—sont des charlatans?

**Dr. Marcoux:** Il y a de la charlatanerie partout. La définition première de charlatanerie ne convient pas très bien ici. La charlatanerie consiste à faire quelque chose d'incorrect qui fait du mal et qui pourrait créer des problèmes.

Parmi les guérisseurs non médicaux, il y a des naturopathes qui sont formés dans un établissement, et des homéopathes, qui en Angleterre, sont formés dans des établissements. Il y a, bien entendu, des enseignements sur la homéopathie partout. Je ne sais pas si les médecins sont au courant des différentes thérapies non médicales. Il existe à l'heure actuelle un cours de trois ou de quatre ans de naturopathie. Il y a des cours de deuxième cycle. Ce ne sont pas des cours à plein temps; ils sont mensuels et durent trois ans. Mais il y a les examens, les accréditations, etc.



[Texte]

In those areas there is a means of controlling the information being given and what is being taught, so people have an idea of safety. This is what lets us know a healer is able to function, he has the background that says we know in his institution of learning he was taught the diagnostic procedures, pathology, physiology, he knows his therapy well, he knows the contra-indications, he knows what to do, what not to do, when to refer. In those areas where there is no course, reflexology, iridology, massage therapists, and the multitude of other healing disciplines there are, the only way you have of knowing a person may have taken some training is that he is identified with an association, such as the Canadian Reflexology Association.

What is really needed in that particular area of health care... and we have to admit... and even if we deny it, it exists. People were using bone-setters long before they used medical practitioners and chiropractors. Bone-setters are indigenous to humanity. They have always been there. Initially when somebody was sick and there were no healers, they developed healers: go see so and so, he will give you a massage. This guy knew how to use leaves, and the next person knew how to use teas. We developed a health care system based on experience and knowledge, etc.

Well, that still exists. I think what we need to do with that is to develop a way of taking all those people together and creating an institution that will give them... my version of that is this. We will give them a two-year course that will teach them basic physiology, basic anatomy, some diagnostic things, so they will have an idea what they are dealing with, so they can develop their art, be it reflexology... because healing is in the consciousness of the person being healed, a lot of the time. If they take their responsibility for their wellness and health, you can put fingers in their ears and sometimes they will get better. That is the placebo effect. That is the way it is. So you go to the practitioner who puts fingers in your ears, and he knows how to do this properly, because he has the training, he knows all the other things, and he has an accreditation of some type. At least he has a better chance of doing right things and not doing wrong things. If we give them a school, an institution, to teach them that, we can accredit them and make them part of the system too, because it works.

**Mr. Duguay:** What would you say is the role of medical doctors in all this?

**Dr. Marcoux:** The medical practitioners are in crisis care; and that is exactly where they belong. That is what they do well, and that is what they do, and that is it. There is no more for them, unless they are holistic. Then it is different. If it is a holistic medical person...

Let me make a qualification. Medicine is not only medical. Medicine is also holistic. "Medicine" is a generic term that relates to the healing art, if you like—the use of medicines, or the use of medicinal things. Some of it is

[Traduction]

Dans ces domaines, il y a une façon de contrôler ce qui est enseigné, donc la population se sent plus en sécurité. Grâce à ces accréditations, nous savons qu'un guérisseur a appris dans un établissement les méthodes de diagnostic, la pathologie, la physiologie, qu'il connaît bien sa thérapie, et les contre-indications, qu'il sait quoi faire et ne pas faire et qu'il sait quand il faut adresser un patient à un autre spécialiste. Dans les nombreux domaines où il n'y a pas de cours—par exemple la réflexologie, l'iridologie, la massothérapie, et toutes les autres, le seul moyen pour une personne de savoir si le guérisseur a suivi un cours, c'est de vérifier s'il est membre d'une association, par exemple la Canadian Reflexology Association.

Il faut bien admettre que ce qu'il nous faut dans ce domaine particulier des soins de santé—et c'est un fait, même si on le nie. Les gens s'adressaient aux rebouteux bien avant de s'adresser aux médecins et aux chiropraticiens. Les rebouteux ont toujours existé. Avant l'existence de médecins ou d'autres guérisseurs, les gens savaient qu'il fallait aller voir un tel ou un tel s'ils se sentaient mal parce qu'ils donnaient des massages. Il y avait quelqu'un d'autre qui savait comment utiliser les plantes, et quelqu'un d'autre qui s'y connaissait en infusions. On a mis au point un système de santé fondé sur l'expérience, les connaissances, etc.

Ce genre de système de soins de santé existe toujours. Je pense qu'il faut trouver une façon de rassembler tous ces guérisseurs et de créer un établissement qui leur accordera... J'estime qu'il faut leur enseigner, par un cours de deux ans, la physiologie et l'anatomie de base, certaines méthodes diagnostic, pour qu'ils puissent se développer, quel que soit leur domaine. La guérison dépend souvent de la conscience du malade. Si ce dernier assume la responsabilité de son bien-être et de sa santé, on peut parfois le guérir en mettant les doigts dans les oreilles. C'est un placebo. Que voulez-vous, c'est comme cela. Un malade va donc aller voir un praticien qui met les doigts dans ses oreilles. Il sait comment le faire, parce qu'il a la formation nécessaire et parce qu'il a une accréditation. Avec cela, au moins il risque de faire les bonnes choses, plutôt que de faire les mauvaises choses. Si on crée un établissement, on peut enseigner des connaissances de base, accorder des accréditations et incorporer ces guérisseurs au système de soins de santé, car ils sont efficaces.

**M. Duguay:** Quel est le rôle des médecins dans tout cela, à votre avis?

**Dr. Marcoux:** Les médecins s'occupent des crises. C'est le rôle qui leur convient. Ils font cela très bien, c'est ce qu'ils font, un point c'est tout. Ils n'ont pas d'autres rôles à jouer, à moins d'être médecins qui utilisent une approche holistique. C'est un cas différent. S'il s'agit d'un médecin qui utilise une approche holistique...

Permettez-moi de faire une petite réserve. La médecine ne s'occupe pas seulement des questions médicales. La médecine est également holistique. «Médecine» est un terme générique qui a trait aux arts de la guérison, par

[Text]

holistic. Homoeopathy is holistic medicine; naturopathy is holistic medicine, and there may be other approaches within the medical profession itself. But the medical approach is crisis oriented. That is where they belong, in crisis. After that, there is no need for medical practitioners.

• 1750

**Mr. Duguay:** A number of people who have come before this committee have suggested that working towards community clinics and away from hospitals would be very productive, and they talked a lot about prevention and some of the principles that you would like to see as well. If we were to encourage the setting up of community clinics, who would you see amongst all these people working in the community clinic?

**Dr. Marcoux:** I think it would be important to have a multi-disciplinary approach. You would have to have medical doctors, chiropractors, other holistic healers who have an accreditation, some credibility that we could facilitate. We would need to have nutritionists, dietitians, physiotherapists, as many of the disciplines as are available to people. There are a lot of crisis situations that need crisis intervention, so you need that whole system, that whole set-up.

Then there is the wellness stuff. We can get into that. When a person comes in with a health problem, we have to consider where that problem is from, where it is going, and we have to deal with it. If it needs crisis care, you do crisis care. If it needs at the same time wellness care, you do wellness care. Then you set them up to instruct and to teach, to create, to treat, to create a better body and better mind, and get them into a health maintenance, disease prevention mode. I think a community clinic is the best way of doing it because right in there you have the entire consciousness.

**Mr. Duguay:** I want to pursue one other area a little bit. How does somebody like me know a reflexologist is actually doing something for me? How do I know that? People tell me they are doing good things for me all the time, and I am never quite sure they are. How do you know that?

**Dr. Marcoux:** You cannot tell by training, because you do not know what kind of training they have.

**Mr. Duguay:** That is right.

**Dr. Marcoux:** So right away you have to go there with a lot of confidence and a lot of hope or a lot of belief. In any case, with that belief, if you give them permission to work with you, what will happen is that they will work on your feet or whatever they do and you will experience a very profound relaxation. You walk in tense and you walk off loose; you know something has happened and that you are in a better mood and that you are just "detensed". That is how you first know.

I have criticized reflexology, but I know for a fact that they get results in symptom relief of headaches and a

[Translation]

exemple, l'emploi de médicaments. C'est holistique en partie. L'homéopathie et la naturopathie sont des médecines holistiques, et il y en a peut-être d'autres à l'intérieur de la profession médicale. Mais la médecine s'occupe des crises. C'est là son rôle. À part cela, on n'a pas besoin de médecins.

**M. Duguay:** Un certain nombre de témoins nous ont dit qu'il serait bon d'avoir davantage de cliniques communautaires et moins d'hôpitaux. Ils ont beaucoup parlé de la prévention et de certains des autres principes que vous préconisez également. Si on devait encourager la création de cliniques communautaires, qui devrait y travailler d'après vous?

**Dr. Marcoux:** Il serait important, à mon avis, d'avoir une approche multidisciplinaire. Il faudrait avoir des médecins, des chiropraticiens et d'autres guérisseurs holistiques qui auraient une accréditation. Il faudrait avoir des spécialistes en nutrition et diététique, des physiothérapeutes, des spécialistes de diverses disciplines. Il y a des crises qui exigent l'intervention de spécialistes et de tout leur système.

Il y a également toute la question du bien-être. On peut l'aborder. Il faut considérer l'origine des problèmes de santé, leur évolution et les traitements qu'il faut donner. S'il s'agit d'une crise, on adresse les patients à un médecin. S'il s'agit d'un problème de bien-être, on s'attaque au problème de façon différente. On essaie d'apprendre aux patients comment avoir un corps plus sain et un esprit plus sain. On les encourage à rester en santé, à prévenir les maladies. Je pense que les cliniques communautaires sont la meilleure formule, parce que toutes les disciplines y sont représentées.

**M. Duguay:** Il y a une autre question que j'aimerais soulever. Comment puis-je savoir qu'un réflexologue peut m'aider? Comment puis-je le savoir? Les gens me disent constamment qu'ils font des choses qui sont bénéfiques pour moi, mais je n'en suis jamais tout à fait convaincu. Comment peut-on le savoir?

**Dr. Marcoux:** On ne peut pas le savoir d'après la formation, parce qu'on ne connaît pas la formation de la personne.

**M. Duguay:** C'est exact.

**Dr. Marcoux:** Donc, au départ, il faut avoir beaucoup de confiance et beaucoup d'espoir. Quoi qu'il en soit, si vous permettez à un réflexologue de vous traiter, il va vous masser les pieds, et vous allez vous sentir très détendu. Lorsque vous arrivez pour le rendez-vous, vous êtes tendu, mais lorsque vous partez, vous êtes détendu. Vous savez que quelque chose s'est passé; vous êtes de meilleure humeur et vous êtes détendu. C'est comme ça que vous le savez au départ.

J'ai déjà critiqué la réflexologie, mais je sais pertinemment qu'elle aide à soulager les symptômes des



[Texte]

number of other problems such as back problems and leg problems. They can improve circulation; they do a lot of things that are not documented scientifically, but nevertheless happen. It would be worth researching it because it is a very, very old system of therapeutics and one that cannot be neglected.

In my profession, I have been using versions of reflexology since the inception of chiropractic. It has value, but it is part of something. But a person's consciousness will lead you there. So you know you get results. If you do not get results, it did not work.

**M. Duguay:** On parle d'un système de vérification. Une des choses qui nous font accepter facilement le fait qu'un médecin est accrédité, c'est qu'on lui a donné des cours et qu'on a vérifié s'il avait bien appris la matière. Ensuite, on le voit travailler dans un hôpital ou à son bureau. Pour les autres qui sont dans le système, quelle sorte de système de vérification pourrait-on mettre en place sur le plan national?

Deuxièmement, vous avez fait des commentaires sur la recherche. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour déterminer si le réflexologue a vraiment quelque chose à apporter, pour déterminer s'il peut vraiment aider ou non?

**Dr Marcoux:** Il faudrait d'abord instituer un système de rehaussement du niveau d'instruction des gens qui ne sont pas déjà dans un système éducatif, par exemple les réflexologues et tous les autres «ogues» qui existent. On devrait leur donner une source d'instruction et la chance de s'impliquer dans le système. Quand ils auront réussi des examens et qu'ils auront un diplôme, on saura qu'ils sont capables de fonctionner. Cela peut prendre un certain temps, même des années, mais quand ils auront acquis cela, ils pourront s'impliquer avec des scientifiques d'autres professions, des chiropraticiens, des médecins, etc., pour travailler à des projets de recherche et ainsi donner plus de valeur à ce qu'ils font.

C'est un processus à long terme. Dans toutes les professions, le processus d'accréditation se fait par un système d'examen. Pour ma part, je suis autorisé à pratiquer dans trois provinces au Canada. J'ai subi des examens et j'ai été reconnu comme étant diplômé d'un collège. J'ai fait des études supérieures et j'ai été accrédité. J'ai passé des examens oraux et écrits. Donc, je suis capable de diagnostiquer et de traiter des gens d'une façon sécuritaire. La même chose s'applique à eux.

• 1755

**M. Duguay:** Merci.

Those are my questions. Thank you very much.

**The Chairman:** Dr. Marcoux, I think our researcher, who is very diligent, has some questions he would like to put to you.

**Mr. Rosenbaum:** Dr. Marcoux, in the written submission you said the medical model assumes that aging

[Traduction]

maux de tête, de dos et de jambes. La réflexologie peut améliorer la circulation et peut faire bien d'autres choses pour lesquelles il n'y a pas de preuves scientifiques, mais qui arrivent quand même. Il vaudrait la peine de faire de la recherche sur la réflexologie, car il s'agit d'un ancien système thérapeutique qu'on ne devrait pas laisser pour compte.

Dans la chiropractie, on a toujours utilisé différentes versions de la réflexologie. Elle a une certaine valeur, mais elle fait partie de quelque chose d'autre. C'est la conscience de la personne qui est importante. On sait qu'on va avoir de bons résultats. Si vous n'avez pas de bons résultats, la réflexologie n'a pas marché pour vous.

**Mr. Duguay:** We have been talking about a control system. One of the reasons we readily accept the fact that a doctor is accredited is that he has taken courses and he has been tested to see that he has learned the material. Subsequently, they work in hospitals or in their own office. What sort of national control system could we set up for other practitioners in the system?

Secondly, you commented on research. What could we do to determine whether reflexologists can really make a contribution, to determine whether they can really help or not?

**Dr. Marcoux:** First of all, we would have to upgrade the training of individuals who are not already in an educational system; I am thinking of reflexologists, and all the other "ists". We should give them training and an opportunity to get involved in the system. Once they pass their examinations and get a diploma, we know that they can practise their discipline. That may take some time, even years, but once they get this recognition, they can work on research projects with other professionals, such as chiropractors and doctors. Their contribution would increase the value of the research.

I am talking here about a long-term process. In all professions, accreditation depends on an examination system. Personally, I am licenced in three Canadian provinces. I have passed tests and have been recognized as a graduate from a college. I have made studies and I have been accepted after undergoing oral and written tests. I can diagnose and treat people with full confidence. Anyone can do the same.

**Mr. Duguay:** Thank you.

Je n'ai aucune autre question. Merci.

**Le président:** Docteur Marcoux, notre attaché de recherche, qui est très au courant du sujet, aurait quelques questions à vous poser.

**M. Rosenbaum:** Docteur Marcoux, dans votre mémoire, vous indiquez que le modèle médical part du



[Text]

and getting old are synonymous. There has been in Canada in recent years a growth in the use of geriatric assessment services and units, precisely because I think increasingly the medical profession says that aging and ill health are not necessarily linked.

These assessment units are designed to identify illness and deal with it, so elderly people can remain healthier longer. In fact, in Ontario the Royal College of Physicians and Surgeons now requires all universities to have these assessment units or they will lose their programs in medicine. I think there are other examples of the medical profession becoming increasingly concerned about the elderly and ensuring they remain healthy throughout their old age.

I have two questions. First, would you still hold that rigidly to the assertion that the medical model assumes that aging and getting ill are synonymous? Secondly, and I guess more generally, is the problem one of the practice of medicine per se, or is it that there are attitudinal problems among some physicians which need to be addressed to make medicine more aware of the need for health promotion and disease prevention?

**Dr. Marcoux:** I will start with the last one because it also relates to the first. Of course, there is an attitudinal problem. When you are trained and brainwashed in a system, it does not matter whether it is right or wrong, black or white, orange or purple, you are just trained and brainwashed in that system. When you believe that what you do is right and you think you are God, no matter what you are doing—you could be a politician, an MD, or a chiropractor—you believe that. If you buy into it, you buy into it.

Unfortunately, in a lot of the things we encounter in our society, we have this God-like attitude based usually on ignorance. There are a lot of things we do not know because the last word has not been said on anything. Attitudes, of course, play a major role, and if there were a change in attitudes, a lot of doors would open.

But as a guy who is on the front lines dealing with things day to day with medical practitioners and patients, and all kinds of things—and I do a lot of public speaking and a lot of talking about wellness and health, and so on—I sense that the attitude is changing much too slowly for where the people are. Of course, that is a problem with the medical profession. It probably takes 75 or 80 years to make it a fundamental change, and that is because it is a big organization, and of course it is a really important brainwashing system they have.

In medicine there is no wrong school; there is only the right school. It is that whole approach. It is a very rigid control. I am not saying it is right or wrong; it is how it is. It is hard to change those attitudes. So even though—and this is getting into your first question—we have a distinctive, definitive change taking place in the way we are handling the geriatrics in medicine—and I know there is a clear change—the basic consciousness is still the same.

[Translation]

principe que le vieillissement et le fait de vieillir sont synonymes. Depuis quelques années, au Canada, il y a de plus en plus de services et d'unités d'évaluation gériatrique parce que, selon moi, la profession médicale reconnaît de plus en plus que le vieillissement et la maladie ne sont pas nécessairement liés.

Ces unités d'évaluation sont destinées à identifier la maladie et à la traiter, de façon à ce que les personnes âgées puissent jouir de la santé plus longtemps. En Ontario, le «Royal College of Physicians and Surgeons» exige maintenant que toutes les universités aient de telles unités d'évaluation, sous peine de perdre leur programme de médecine. Il y a d'autres exemples qui montrent que la profession médicale se préoccupe de plus en plus des personnes âgées et de leur santé au cours de cette période de leur vie.

Je vous pose donc ces deux questions. D'abord, vous en tenez-vous toujours à votre déclaration selon laquelle le modèle médical part du principe que le vieillissement et la maladie sont synonymes? Deuxièmement, de façon plus générale, le problème, selon vous, tient-il à la pratique de la médecine comme telle ou à l'attitude de certains médecins face à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie?

**Dr. Marcoux:** Je vais répondre à votre dernière question pour commencer, parce qu'elle est liée à votre première. Il est bien évident qu'il y a un problème d'attitude. Pour quelqu'un qui est formé à un système particulier, il est difficile de voir autre chose. Il a reçu un lavage de cerveau. Pour quelqu'un qui croit absolument qu'il a raison, qu'il s'agisse d'un politicien, d'un médecin ou d'un chiropraticien, le reste importe peu.

Malheureusement, nous constatons cette attitude intransigeante ailleurs dans notre société, et elle est habituellement due à l'ignorance. Nous ne pouvons pas tout savoir. Il est évident que s'il y avait un changement d'attitude, beaucoup de portes s'ouvriraient.

En tant que travailleur de première ligne, appelé à travailler tous les jours avec des médecins et des patients, appelé à faire un grand nombre de choses—je fais également beaucoup de conférences sur le bien-être et la santé, entre autres—je peux constater un changement d'attitude très lent, trop lent, par rapport à la société en général. Il y a un problème au sein de la profession médicale. Il faut 75 ou 80 ans avant de pouvoir apporter un changement quelconque. C'est une grande organisation, qui fait du lavage de cerveaux.

En médecine, il n'y a vraiment qu'une école. Le système est très rigide. Je ne veux pas nécessairement dire que c'est mauvais, mais c'est la situation. Donc, en réponse à votre première question, même s'il y a nettement un changement au niveau de la gériatrie en médecine—et je reconnais qu'il y en a un—le comportement des médecins reste essentiellement le même. Le changement de mentalité est imposé grâce à des

[Texte]

That consciousness and attitudinal change will come from what you are describing, the programs that come from the government financing institutions, the medical schools encouraging the development of screening programs for seniors, and so on.

The point here related to seniors is why wait until they get old and treat them when they get old? Why not treat them when they are young? I see that not being addressed at all. That is what is important, and that is not being addressed. That is what we address as chiropractors, for instance, or holistic healers. Does that answer your question?

**Mr. Rosenbaum:** Yes, it does. Thank you.

• 1800

**The Chairman:** I will close, if I may, with one comment with respect to this situation of attitudes that both Dr. Marcoux and Mr. Rosenbaum have addressed.

Just before I arrived in Ottawa this past week, I went quickly through my third-class mail, and the latest edition of the *Canadian Medical Association Journal* has a lead article—and I think an editorial, but I did not have a chance to read it—on how chiropractors and physicians are coming together. That was the essence of it. I have not read it to see exactly how they handled that topic, but I think there is a beginning of a move to see the professions at least co-operate more than they have in the past.

**Dr. Marcoux:** Yes.

**Mr. Duguay:** Some chiropractors refuse to have physiotherapists in their offices. It is the same kind of thing that I think Dr. Marcoux has pointed out.

**Dr. Marcoux:** There is room for everybody. We just have to know how to use them best to create the goal we want to create, and that is healthy Canadians. I do not care how we do it; let us just do it.

**The Chairman:** Dr. Marcoux, on behalf of the committee, may I thank you for coming today. You certainly are most articulate, and you have given us a lot to think about. As Mr. Duguay says, Mr. Rosenbaum and the rest of us will be looking at your testimony as we study this whole subject-area of health care and the funding of it, and we appreciate the contribution you have made to it today. Thank you for being with us.

**Dr. Marcoux:** It was my pleasure to be here.

**The Chairman:** The meeting is adjourned.

[Traduction]

programmes comme ceux que vous avez décrits et qui font que les gouvernements financent certains établissements, que les facultés de médecine encouragent le développement de services pour les personnes âgées, et cetera.

La question essentielle reste celle-ci: pourquoi attendre que les personnes soient âgées pour les examiner et les traiter? Pourquoi ne pas le faire plus tôt? En ce qui me concerne, c'est la question la plus importante, et elle reste sans réponse. C'est là que nous pouvons intervenir en tant que chiropraticiens ou guérisseurs holistiques. Je ne sais pas si j'ai pu répondre à votre question.

**M. Rosenbaum:** Oui, je vous en remercie.

**Le président:** J'aimerais faire une dernière observation au sujet de l'attitude des gens à laquelle ont fait allusion le D<sup>r</sup> Marcoux et M. Rosenbaum.

Avant de revenir à Ottawa, cette semaine, j'ai examiné rapidement mon courrier de troisième classe et j'ai constaté que le *Journal de l'Association médicale canadienne* contenait un article de fond, ou un éditorial—je n'ai pas eu le temps de le lire vraiment—au sujet du rapprochement entre les chiropraticiens et les médecins. C'est, du moins, ce qui semblait en être le fil. Je ne sais pas au juste comment l'auteur abordait le sujet, mais je pense que de plus en plus, les diverses professions ont tendance à coopérer.

**Dr. Marcoux:** Je le crois aussi.

**M. Duguay:** Il y a des chiropraticiens qui refusent les physiothérapeutes dans leurs bureaux. C'est le genre de situations auxquelles faisait allusion le D<sup>r</sup> Marcoux.

**Dr. Marcoux:** Il y a de la place pour tout le monde. Nous voulons simplement utiliser les talents de chacun afin d'atteindre l'objectif visé, qui est la santé de tous les Canadiens. Peu important nos moyens, nous devons y tendre.

**Le président:** Docteur Marcoux, au nom du Comité, je vous remercie d'avoir témoigné aujourd'hui. Vous avez été très éloquent et vous nous avez donné beaucoup de matière à penser. Comme M. Duguay l'a souligné, M. Rosenbaum et le Comité tout entier tiendront compte de votre opinion dans leur étude des soins de santé et du financement de ces soins. Nous vous sommes reconnaissants de votre participation.

**Dr. Marcoux:** Tout le plaisir a été pour moi.

**Le président:** La séance est levée.















*From the Hospital Council of Metro Toronto:*

Paul Gamble, Assistant Executive Director.

*From the Canadian Medical Association:*

Dr. Athol L. Roberts, President;

Dr. Colin McMillan, Chairman, Council on Economics;

Dr. Ed Moran, Member, Board of Directors;

Douglas A. Geekie, Director, Department of Communications and Government Relations;

Orvill B. Adams, Director, Department of Medical Economics.

*Individual:*

Dr. M.A. Baltzan, Past President of the Canadian Medical Association.

Wednesday, June 22, 1988

*From the Department of National Health and Welfare:*

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Roy Hickman, Acting Director General, Environmental Health Directorate.

*Individual:*

Dr. Henri L. Marcoux.

*De l'Hospital Council of Metro Toronto:*

Paul Gamble, directeur général adjoint.

*De l'Association médicale canadienne:*

D<sup>r</sup> Athol L. Roberts, président;

D<sup>r</sup> Colin McMillan, président du conseil chargé de l'économie;

D<sup>r</sup> Ed Moran, membre du conseil d'administration;

Douglas A. Geekie, directeur du département des communications et des relations gouvernementales;

Orvill B. Adams, directeur du département d'économie médicale.

*À titre individuel:*

D<sup>r</sup> M.A. Baltzan, ancien président de l'Association médicale canadienne.

Le mercredi 22 juin 1988

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

D<sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé;

Roy Hickman, directeur général intérimaire, Direction de l'hygiène du milieu.

*À titre individuel:*

D<sup>r</sup> Henri L. Marcoux.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

Monday, June 20, 1988

*From the Canadian Nurses Association:*

Dr. Judith Ritchie, President;  
Ginette Rodger, Executive Director.

*From the Canadian Psychological Association:*

Dr. Pierre L.-J. Ritchie, Executive Director;  
Dr. Michel Sabourin, President-elect.

*From the Canadian Dietetic Association:*

Elizabeth Hamilton, President;  
Carmen Connelly, Member;  
Marsha Sharp, Executive Director.

Tuesday, June 21, 1988

*From the Association of Canadian Medical Colleges:*

Dr. Deguise-Vaillancourt, Executive Director.

*From the Association of Canadian Teaching Hospitals:*

Dr. Finlay McKerracher, Secretary Treasurer;  
Lenore Mills, Executive Director of the Ontario  
Council of Administrators of Teaching Hospitals.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

Le lundi 20 juin 1988

*De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:*

D<sup>r</sup> Judith Ritchie, présidente;  
Ginette Rodger, directrice générale.

*De la Société canadienne de psychologie:*

D<sup>r</sup> Pierre L.-J. Ritchie, directeur général;  
D<sup>r</sup> Michel Sabourin, président élu.

*De l'Association canadienne des diététistes:*

Elizabeth Hamilton, présidente;  
Carmen Connelly, membre;  
Marsha Sharp, directrice générale.

Le mardi 21 juin 1988

*De l'Association des facultés de médecine du Canada:*

D<sup>r</sup> Deguise-Vaillancourt, directeur général.

*De l'Association of Canadian Teaching Hospitals:*

D<sup>r</sup> Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier;  
Lenore Mills, directrice générale de l'Ontario Council  
of Administrators of Teaching Hospitals.

*(Suite à la page précédente)*



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 53

Thursday, July 14, 1988

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 53

Le jeudi 14 juillet 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate to Standing Order  
96(2), a study of food and drug labelling.

### INCLUDING:

The Fourth Report to the House:

Recommendations of the Standing Committee on  
National Health and Welfare on the Proposed  
Changes to Canadian Drug Labelling Regulations  
Under the *Food and Drugs Act*

### CONCERNANT:

En conformité avec son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, une étude de l'étiquetage des  
aliments et des drogues.

### Y COMPRIS:

Le quatrième rapport à la Chambre :

Recommandations du Comité permanent de la  
santé nationale et du bien-être social au sujet des  
modifications proposées à la réglementation de  
l'étiquetage des produits pharmaceutiques aux  
termes de la *Loi des aliments et drogues*



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL  
HEALTH AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Le greffier du Comité

*Patricia Russell*

**ORDER OF REFERENCE**

Thursday, January 28, 1988

*ORDERED*,—That in accordance with its mandate under Standing Order 96(2), the Committee proceed to a study on food and drug labelling.

*ATTEST*

PATRICIA RUSSELL  
*Clerk of the Committee*

**ORDRE DE RENVOI**

Le jeudi 28 janvier 1988

*IL EST ORDONNÉ*,—Qu'en vertu de l'article 96(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude de l'étiquetage des aliments et des produits pharmaceutiques.

*ATTESTÉ*

*Le greffier du Comité*  
PATRICIA RUSSELL



## TABLE OF CONTENTS

## TABLE DES MATIÈRES

	Page		Page
Proposed Drug Labelling Regulations.....	5	Proposition de réglementation de l'étiquetage des produits pharmaceutiques.....	5
Prescription Drugs.....	7	Les médicaments d'ordonnance.....	7
Labelling Terminology.....	9	La terminologie aux fins de l'étiquetage.....	9
Cosmetics.....	10	Les cosmétiques.....	10
Food Labelling.....	10	L'étiquetage des aliments.....	10
Summary of Recommendations.....	13	Liste des recommandations.....	13
APPENDIX A—Witnesses and Submissions.....	15	ANNEXE A—Témoins et mémoires.....	15
Government Response.....	16	Réponse du gouvernement.....	16

The Standing Committee on National Health and Welfare has the honour to present its

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social a l'honneur de présenter son

#### FOURTH REPORT

#### QUATRIÈME RAPPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 96(2), your Committee has studied food and drug labelling and urges the Government to consider the recommendations contained herein.

Conformément au mandat que lui confère l'article 96(2) du Règlement, votre Comité a étudié l'étiquetage des aliments et des produits pharmaceutiques et exhorte le gouvernement à considérer les recommandations contenues dans le rapport.

#### Recommendations of the Standing Committee on National Health and Welfare on the Proposed Changes to Canadian Drug Labelling Regulations under the *Food and Drugs Act*

#### Recommandations du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social au sujet des modifications proposées à la réglementation de l'étiquetage des produits pharmaceutiques aux termes de la *Loi des aliments et drogues*

##### Proposed drug labelling regulations

##### Proposition de réglementation de l'étiquetage des produits pharmaceutiques

In January 1988, shortly after the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare indicated it would be examining the need for new regulations governing the labelling of prescription and over-the-counter drugs, the Health Protection Branch of the Department of National Health and Welfare released an Information Letter (number 733) with regard to proposed new regulations governing the disclosure of non-medical ingredients of drugs.

En janvier 1988, peu de temps après que le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes eût indiqué qu'il étudierait la question de la réglementation de l'étiquetage des médicaments d'ordonnance et des produits pharmaceutiques en vente libre, la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social publia une lettre de renseignements (numéro 733) dans laquelle elle proposait de réglementer la déclaration des ingrédients non médicaux qui entrent dans la composition des produits pharmaceutiques.

In hearings held between January and May 1988, it became increasingly clear to the Committee that there exists a need for the full disclosure of all ingredients in drug products. While the Committee is supportive of the general approach proposed by the Department of National Health and Welfare in its Information Letter, some refinement of the proposal described in the Information Letter is desirable.

Au cours des audiences qu'il a tenues de janvier à mai 1988, le Comité a pu constater que la déclaration de tous les ingrédients des produits pharmaceutiques s'imposait. Bien qu'il souscrive à la méthode de déclaration proposée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dans sa lettre de renseignements, il désire y ajouter certains éléments qu'il juge importants.

Drug labelling in Canada is regulated under the *Food and Drugs Act*. While these regulations now require the manufacturer to indicate the proper non-proprietary name of the drug and a quantitative list of its medicinal ingredients, the regulations do not require a listing of all ingredients.

Au Canada, l'étiquetage des produits pharmaceutiques est régi par la *Loi des aliments et drogues*. Aux termes du règlement d'application de cette loi, le fabricant doit indiquer sur l'étiquette la dénomination commune du produit ainsi que la liste et la quantité des ingrédients médicaux entrant dans sa composition mais rien ne l'oblige à y déclarer tous les ingrédients.

Most drug products are a combination of ingredients. In addition to the medicinal ingredient(s), drug formulations contain a number of "excipients" or ingredients added to the drug to give it a more suitable consistency or form. These excipients may include binders, lubricants, colours, flavours, sweeteners, diluents and others. Excipients are sometimes referred to as "inert ingredients", but this is an unfortunate misnomer. While excipients are not intended to affect the structure or

La plupart des produits pharmaceutiques sont composés de plusieurs ingrédients. Outre les ingrédients médicaux, les produits pharmaceutiques contiennent un certain nombre d'«excipients» ou d'ingrédients ajoutés aux médicaments pour leur donner une consistance ou une forme plus acceptable. Il peut s'agir d'agglutinants, de lubrifiants, de colorants, d'aromatisants, d'édulcorants, de diluants, etc. On désigne parfois les excipients sous le nom d'ingrédients, mais c'est une appellation mal choisie.

function of the body, they may, nevertheless, be active ingredients for some who take them.

The inappropriateness of the term "inert" to describe drug excipients is underscored by the mounting evidence to untoward reactions among some users of medications. Adverse reactions, including fatalities, have been reported. It is important that patients and health care practitioners have ready access to information about all ingredients in all medications.

In his testimony before the Committee, Dr. E. Napke, Chief, Product Related Disease Division of the Health Protection Branch, outlined reasons why it is necessary to have all ingredients listed on the drug product label:

First, by listing all the chemicals in the product on the label, those persons who are fortunate enough to know what chemicals they are reacting to adversely will easily identify those products containing the offending chemicals before getting into trouble. The first line of prevention is in the hands of the patient.

Second, . . . where the patient is reacting adversely, the problem can be investigated more easily. . .

Those persons who are taking up to 15 or more drug products, prescription and over-the-counter, can see whether there are common non-medical ingredients in these products and, if so, with the assistance of a physician and pharmacist, can reduce them and hence reduce the potential toxicity of these chemicals.

Health and Welfare reports it has received expressions of concern from individual consumers, from consumer groups and from health professionals regarding the lack of ready access to ingredient information on drug products. While drug manufacturing associations have adopted voluntary guidelines for the disclosure of non-medical ingredients, these guidelines have provided inadequate protection to Canadians.

Existing voluntary guidelines suggest the disclosure of certain excipients known to cause reaction in significant numbers of persons. These ingredients, however, are only a fraction of the excipients which have potential to cause allergic reactions and other adverse effects. Second, not all ingredients which have the potential to cause reactions have been identified. In the words of the Department's Information Letter: "Full disclosure would eliminate the continuing debates on whether a particular ingredient is a sensitizing agent and should be declared." Last, not all drug manufacturers are members of associations and there is no universal acceptance of voluntary labelling guidelines.

En effet, les excipients ne sont pas censés affecter l'organisme, mais ils peuvent causer, chez certains sujets, des effets tout comme les ingrédients actifs.

Le terme «inerte» que l'on utilise pour décrire les excipients n'est pas juste, car il est de plus en plus évident que ces ingrédients provoquent des réactions malencontreuses chez certaines personnes. On a en effet rapporté des cas d'effets nocifs, dont certains ont eu une issue fatale. Il est donc important que les patients et les professionnels de la santé sachent quels sont les ingrédients qui entrent dans la composition de tous les produits pharmaceutiques.

Lorsqu'il a comparu devant le Comité, M. E. Napke, chef de la Division des maladies liées à un produit, Direction générale de la protection de la santé, a indiqué pourquoi il fallait déclarer tous les ingrédients sur l'étiquette des médicaments :

Tout d'abord, les personnes qui ont la chance de connaître les produits auxquels elles sont allergiques pourront éviter, après avoir consulté la liste des ingrédients d'un produit, ceux qui sont susceptibles de leur causer une réaction morbide. On permettra ainsi aux patients de mieux pratiquer la prévention.

Il sera ensuite plus facile [...] d'identifier le produit chimique qui a entraîné une réaction indésirable chez un patient.

Si ces listes étaient disponibles, les patients qui consomment une quinzaine de médicaments, sur ordonnance ou en vente libre, pourraient facilement repérer les additifs non médicinaux qui se retrouvent dans plus d'un de ces produits. Leur médecin ou leur pharmacien pourrait alors les aider à réduire les risques éventuels liés à ces produits chimiques.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social affirme avoir reçu maints commentaires de consommateurs, de groupes de consommateurs ou de professionnels de la santé qui déplorent la communication incomplète de renseignements sur les ingrédients entrant dans la composition des produits pharmaceutiques. Les associations de fabricants de produits pharmaceutiques ont adopté des lignes directrices d'application facultative sur la déclaration des ingrédients non médicinaux, mais c'est une mesure de protection insuffisante.

Ces lignes directrices prévoient la déclaration de certains excipients qui causent des réactions chez de nombreuses personnes. Or beaucoup d'autres excipients peuvent causer des réactions allergiques ou d'autres effets nocifs. D'autre part, les ingrédients qui ont un pouvoir sensibilisant ne sont pas tous connus. Dans la lettre de renseignements du ministère, on précise que la déclaration de tous les ingrédients permettrait de clore le débat sur la question de savoir si un certain ingrédient est un agent sensibilisant et s'il est opportun de le déclarer. Enfin, les fabricants de produits pharmaceutiques ne sont pas tous membres d'une association et les lignes directrices susmentionnées ne sont pas acceptées par tous.



With regard to voluntary labelling, the Committee agrees with the Minister of Health, the Hon. Jake Epp:

We have been supportive of voluntary initiatives by the industry in these areas in the past, but are convinced that regulatory initiatives can serve to provide an even greater measure of health protection for the public.

The Committee agrees that steps must be taken to ensure full disclosure of drug product ingredients. The Committee was pleased to learn of the general support given to the principle of regulated full disclosure of ingredients by such groups as the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada and the Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada. The Committee, therefore, supports the intent of the draft regulations proposed in Information Letter 733, although several adjustments should be made to these approvals.

In the words of the Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada, "The question is no longer, *should* this information be made available, but, rather *how* should it be done."

#### Recommendation

1. The Standing Committee recommends that regulations be introduced under the *Food and Drugs Act* to ensure that there is full qualitative disclosure of all ingredients of all drug products, both prescription and non-prescription.

#### Prescription drugs

Despite the Standing Committee's support for the general approach to the provision of ingredients information proposed in the Information Letter, the Committee has several concerns with regard to the labelling of prescription drugs. These include the need to ensure labelling information reaches the consumer, and the need to provide information on prescription drugs to physicians.

The Committee learned that prescription drugs are rarely dispensed in the original packaging. Pharmacists generally repackage drug products or package bulk packaged products they receive. The Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, for example, agrees with the estimate that 90% of prescription pharmaceutical products do not reach the consumer in the original packaging. To require complete ingredient disclosure on this original packaging would not result in the consumer receiving any additional information on which to make informed choices.

Pour ce qui est de l'étiquetage volontaire, le Comité souscrit aux propos du ministre de la Santé, l'honorable Jake Epp :

Nous n'avons pas hésité à accorder notre appui à des mesures introduites volontairement par l'industrie dans le passé, mais nous sommes convaincus que l'imposition de règlements à cet égard pourrait contribuer à protéger davantage le public.

Le Comité estime lui aussi qu'il faut prendre des mesures pour assurer la déclaration de tous les ingrédients des produits pharmaceutiques. Il a été heureux d'apprendre que des groupes comme l'Association canadienne de l'industrie du médicament et la *Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada* souscrivaient au principe de la déclaration réglementée des ingrédients. Il approuve donc l'objet des mesures proposées dans la lettre de renseignements 733, mais il souhaite ajouter plusieurs correctifs.

Selon un représentant de la *Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada*, on ne se demande plus s'il convient de déclarer ces renseignements mais plutôt comment on doit s'y prendre.

#### Recommandation

1. Le Comité permanent recommande d'adopter des dispositions réglementaires en vertu de la *Loi des aliments et drogues* qui rendront obligatoire la déclaration qualitative de tous les ingrédients des produits pharmaceutiques, qu'ils soient en vente libre ou vendus sur ordonnance.

#### Les médicaments d'ordonnance

Bien que le Comité permanent souscrive dans l'ensemble à la méthode de déclaration proposée dans la lettre de renseignements, il a plusieurs commentaires à formuler au sujet de l'étiquetage des médicaments vendus sur ordonnance. En particulier, il faut s'assurer que les consommateurs aient la possibilité de lire l'étiquette sur laquelle figure la liste des ingrédients, et il faut renseigner les médecins sur les médicaments d'ordonnance.

Le Comité a appris que les médicaments d'ordonnance sont rarement vendus dans leur emballage original. En effet, les pharmaciens ont l'habitude de réemballer les produits pharmaceutiques ou d'emballer eux-mêmes les produits qu'ils reçoivent en vrac. L'Association canadienne de l'industrie du médicament croit qu'environ 90 p. 100 des produits pharmaceutiques vendus sur ordonnance ne sont pas remis aux consommateurs dans leur emballage original. Par conséquent, même si l'on obligeait les fabricants à déclarer tous les ingrédients sur l'emballage d'origine, les consommateurs ne recevraient aucun complément d'information et ne seraient donc pas mieux en mesure de choisir.

Unlike over-the-counter drugs, the decision to take a prescription drug is never that of the consumer alone. A licensed medical practitioner must agree that the drug product is in the best interest of the patient and the patient's health. Information on excipients in prescription drugs, as in the case of all relevant information about the contents, therapeutic action and risks inherent in the drug should be readily available to the physician.

Prescribing physicians do not usually see the packaging material for prescription drugs and so would not benefit from the additional information required in the proposed regulations when prescribing to previously sensitized individuals.

For information about prescription drugs, most practitioners rely on a publication of the Canadian Pharmaceutical Association, *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (CPS)*. This publication contains information provided by the manufacturers, including drug monographs which are detailed descriptions required by the Department of National Health and Welfare for all new prescription drugs.

The *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* is provided to all practitioners and is often found in doctors' offices, pharmacies, and in most public libraries. The *CPS* is seen by the Committee as a potentially more effective and appropriate tool for providing full excipient disclosure.

By requiring full disclosure of all ingredients in the product monographs, it is likely such information would also be found in the *CPS* where it would be readily available to physicians and to their patients. In addition, the product monographs themselves, with the additional ingredient information, would be available to physicians on request.

#### Recommendation

#### 2. The Standing Committee recommends with respect to prescription drugs:

- (i) that the Department of National Health and Welfare not require complete ingredient disclosure on labels, but, rather require drug monographs to include complete listings of all ingredients of all drug products;
- (ii) that these product monographs, in leaflet form, be made available by dispensing pharmacists to consumers on request; and,

Le consommateur peut décider de son propre chef de prendre un médicament en vente libre, mais cette décision ne lui revient pas dans le cas d'un médicament d'ordonnance. Il faut d'abord consulter un médecin qui doit être convaincu que l'administration du médicament en question est dans l'intérêt du patient. En plus des renseignements sur le contenu et l'effet thérapeutique d'un médicament d'ordonnance et sur les dangers que peut représenter son utilisation, le médecin devrait aussi obtenir la liste des excipients qui entrent dans sa composition.

En règle générale, les médecins qui prescrivent un médicament n'en voient pas l'emballage. Ils ne pourraient donc pas prendre connaissance des renseignements supplémentaires que l'on propose de faire inscrire sur l'emballage lorsqu'ils prescriraient des médicaments à des patients qui ont déjà été sensibilisés à des ingrédients donnés.

La plupart des médecins qui désirent obtenir des renseignements sur les médicaments d'ordonnance consultent un ouvrage publié par l'Association pharmaceutique canadienne intitulé *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPSP)*. Cet ouvrage contient des renseignements fournis par les fabricants, notamment des monographies, qui sont la description complète exigée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de tous les nouveaux médicaments d'ordonnance.

Le *Compendium* est distribué à tous les praticiens et on peut aussi le trouver dans les cabinets de médecins, dans les pharmacies et dans la plupart des bibliothèques municipales. De l'avis du Comité, ce serait peut-être là un meilleur moyen de disséminer de l'information sur les excipients.

Si les monographies devaient contenir la liste de tous les ingrédients, il est probable que ces listes seraient reproduites dans le *Compendium*; les médecins et leurs patients pourraient alors y trouver tous les renseignements voulus. On pourrait aussi distribuer aux médecins qui en faisaient la demande ces monographies plus complètes.

#### Recommandation

#### 2. En ce qui concerne les médicaments vendus sur ordonnance, le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :

- (i) de ne pas exiger la déclaration de tous les ingrédients sur les étiquettes des médicaments d'ordonnance, mais d'obliger plutôt les fabricants à fournir dans les monographies la liste complète des ingrédients de tous les produits pharmaceutiques;
- (ii) d'exiger que ces monographies soient à la disposition des consommateurs qui en font la demande, sous la forme de feuille détachée dans les pharmacies;



- (iii) that pharmacists publicly display signs indicating the availability of drug product monographs.

A second tool which may be used to provide information on excipients of prescription drugs is the Drug Information Number book published by the Department of National Health and Welfare. A unique Drug Information Number (DIN) is provided to each drug product. The DIN book currently lists all medically active ingredients of these products and cross-references these products by manufacturer and ingredient.

The addition of excipient listings to the DIN book would provide physicians with a reference which would very quickly identify all drug products containing specific excipients to which the patient is sensitized and would easily identify the ingredients of any single product for which an adverse reaction is suspected.

#### Recommendations

3. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare include, within the Drug Identification Number book, complete listings of all ingredients of all drug products.
4. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare continue to review the availability of drug product information and, when required, make the DIN book more widely available, should its current limited distribution coupled with the information contained in the *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* not prove sufficient.

#### Labelling terminology

The Committee is concerned that lack of a standardized, bilingual nomenclature may present an impediment to the provision of adequate labelling information.

While the proposed regulations require the use of common names found in standard reference texts, this nomenclature is not totally consistent, and is somewhat incomplete, particularly with regard to the French language.

The proposed regulations require labelling in either French or English. While the Standing Committee believes it desirable that label information be provided in both official languages, the Committee realizes that the lack of a bilingual standardized nomenclature will present some difficulties in this regard.

- (iii) d'exiger des pharmaciens qu'ils indiquent sur des affiches que les monographies de produits pharmaceutiques sont disponibles sur demande.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social publie un ouvrage sur l'identification numérique des médicaments qui pourrait lui aussi servir à donner de l'information sur les excipients des médicaments d'ordonnance. Une identification numérique (DIN) est attribuée à chaque produit pharmaceutique. Cet ouvrage contient la liste de tous les ingrédients actifs des médicaments, de même que des renvois selon le fabricant et l'ingrédient.

Si la liste des excipients figurait dans cet ouvrage, les médecins pourraient très rapidement relever tous les produits pharmaceutiques contenant des excipients qui ont un pouvoir sensibilisant sur leurs patients, ainsi que les ingrédients d'un produit en particulier qui risquent de provoquer une réaction défavorable.

#### Recommandations

3. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'incorporer dans l'ouvrage sur l'identification numérique des médicaments la liste complète des ingrédients de tous les produits pharmaceutiques.
4. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de continuer d'étudier l'accessibilité des renseignements sur les produits pharmaceutiques et, s'il y a lieu, de diffuser plus largement l'ouvrage sur l'identification numérique des médicaments si la distribution actuelle de cet ouvrage et la publication du *Compendium* sont jugées insuffisantes.

#### La terminologie aux fins de l'étiquetage

Le Comité pense qu'il sera difficile de fournir tous les renseignements voulus sur les étiquettes des produits pharmaceutiques parce qu'il n'y a pas de nomenclature bilingue normalisée.

Les nouvelles dispositions réglementaires prévoient l'utilisation des dénominations communes qui figurent dans certains textes de référence; or cette nomenclature n'est pas uniforme. Elle est parfois même incomplète, surtout en français.

Dans la réglementation proposée, il est prévu que l'étiquetage des produits pharmaceutiques pourra se faire en anglais ou en français. Le Comité permanent croit qu'il serait préférable de prévoir la rédaction des étiquettes dans les deux langues officielles. Il admet cependant que l'absence d'une nomenclature bilingue normalisée causera certaines difficultés.



**Recommendation**

5. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare establish an advisory committee of industry and consumer representatives to work with the Health Protection Branch to establish a standardized nomenclature of common names in both official languages.

**Cosmetics**

The Standing Committee notes the concern raised by the Canadian Dermatology Association that cosmetic products are not included in the proposed ingredient disclosure regulations. The Association expressed its view that the disclosure of the ingredients in cosmetics would reduce the prevalence of allergic reactions among sensitized individuals and make easier the identification of causal agents in cases of allergic reaction.

While no epidemiologic data indicating the size of the problem has been provided to the Committee, the Canadian Dermatology Association believes such labelling will reduce illness and, consequently, the health care costs associated with the treatment of preventable skin disorder.

**Recommendation**

6. The Standing Committee recommends that:

- (i) the Minister of National Health and Welfare consider expanding the regulations so as to include the complete ingredients labelling of cosmetics; and,
- (ii) the Department of National Health and Welfare prepare draft regulations on cosmetic labelling and request comment from consumers and from the cosmetics industry prior to implementing new regulations.

**Food labelling**

Currently, Canada has regulations requiring the disclosure of ingredients in prepackaged foods. These regulations do not apply to foods sold in restaurants. It is clear that the absence of regulations regarding ingredient disclosure for restaurant foods restricts the ability of Canadians to make informed decisions about what they will and will not consume.

In addressing the Standing Committee, the Minister of Health, the Hon. Jake Epp, indicated his concern about the absence of regulations requiring the disclosure of restaurant food ingredients:

**Recommandation**

5. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de créer un comité consultatif composé de représentants de l'industrie et des consommateurs, qui collaborera avec la Direction générale de la protection de la santé à l'établissement d'une liste bilingue normalisée de désignations scientifiques et de dénominations communes.

**Les cosmétiques**

L'Association canadienne de dermatologie déplore que les produits cosmétiques ne soient pas visés par les nouvelles dispositions réglementaires sur la déclaration des ingrédients. À son avis, il y aurait moins de réactions allergiques chez les personnes qui sont sensibles à certains ingrédients et il serait plus facile d'identifier les agents qui en sont la cause si la déclaration des ingrédients des produits cosmétiques était obligatoire.

Le Comité n'a reçu aucune donnée épidémiologique sur l'ampleur du problème, mais l'Association canadienne de dermatologie pense que l'inscription de ces renseignements sur l'étiquette permettrait de diminuer les problèmes de santé et, par conséquent, les frais médicaux liés au traitement des dermatoses évitables.

**Recommandation**

6. Le Comité permanent recommande :

- (i) au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la possibilité d'obliger les fabricants de cosmétiques à déclarer sur l'étiquette de leurs produits tous les ingrédients utilisés;
- (ii) au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'élaborer des dispositions réglementaires sur l'étiquetage des cosmétiques et de les soumettre à l'examen des consommateurs et de l'industrie des produits cosmétiques avant de les rendre exécutoires.

**L'étiquetage des aliments**

À l'heure actuelle, la déclaration des ingrédients qui entrent dans la composition des produits préemballés est obligatoire au Canada. Or les dispositions qui régissent cette déclaration ne s'appliquent pas aux aliments vendus dans les restaurants. Par conséquent, les Canadiens qui vont au restaurant ne peuvent pas choisir leur nourriture en toute connaissance de cause.

Lorsqu'il a comparu devant le Comité permanent, le ministre de la Santé, l'honorable Jake Epp, s'est dit préoccupé par l'absence de dispositions sur la déclaration des ingrédients qui entrent dans la composition des aliments vendus dans les restaurants :

I am most sympathetic to the plight of consumers who have medical, religious or personal reasons for avoiding certain foods or ingredients of foods and who therefore require a knowledge of their composition. The recent deaths of two young people as a result of allergic reactions to food highlights the need to come to grips with this issue.

Unlike drug products, the disclosure of all ingredients contained in restaurant foods presents special difficulties. These include: the large number of restaurants involved in the preparation of foods with distinctive recipes; the wide variety of outlets for the sale of non-prepackaged foods; the change in recipes, often on short notice; changes in ingredients by suppliers, or change in suppliers.

According to the Canadian Restaurant and Foodservices Association:

Some 78% of the industry sales are generated by small, independent operators. Food services are provided at 72,000 commercial and institutional locations across Canada. Food is served in a wide variety of circumstances, including full service restaurants, fast-food restaurants, hotel dining and banquet rooms, catered functions, airplanes, trains, boats, and street-corner vending carts.

The magnitude and permutations of ingredients used by most restaurants reach staggering proportions. Even a limited-menu or a fast-food establishment featuring basic foods can utilize upwards of 1,000 ingredients.

While the Standing Committee recognizes these formidable obstacles to disclosure of all ingredients in foods, the Committee believes that complete disclosure is both desirable and feasible.

Individuals are responsible for decisions about what foods and food additives they will and will not consume. This responsibility can only be properly exercised when information is available to assist the consumer in identifying the constituents of food products. It should be the responsibility of the individual to make inquiry as to constituents which may be of concern to him/her. But such inquiry will only be useful if the purveyor of the food product is in a position to provide the requisite information.

Current regulations require food wholesalers to provide lists of ingredients in the prepackaged foods they sell to restaurants. Regulations requiring food manufacturers and suppliers to provide full ingredient disclosure with regard to *all* foods they sell would provide the restaurateur and other food retailer with the information necessary to inform consumers of the

Je suis loin d'être indifférent à la situation des consommateurs qui, pour des motifs d'ordre médical, religieux ou personnel, évitent certains aliments ou certains ingrédients et qui, pour ces raisons, doivent connaître la composition de la nourriture qu'ils absorbent. Le décès récent de deux jeunes gens, à la suite de réactions allergiques à des aliments, prouve bien qu'il faut s'attaquer à ce problème.

La déclaration des ingrédients qui entrent dans la composition des aliments vendus dans les restaurants présente des difficultés particulières qui sont attribuables notamment au grand nombre de restaurants qui préparent des plats sans employer la même recette, à la multitude de points de vente d'aliments qui ne sont pas préemballés, à la modification des recettes, souvent à la dernière minute, et à la substitution d'ingrédients par les fournisseurs ou au changement de fournisseurs.

Selon l'Association canadienne des restaurants et des services de l'alimentation :

Près de 78 p. 100 du chiffre d'affaires du secteur est réalisé par de petites entreprises indépendantes. Les services de restauration sont assurés dans 72 000 emplacements commerciaux et institutionnels éparpillés dans le pays. Les produits alimentaires sont servis dans quantité de circonstances et d'endroits, notamment les restaurants à service complet, les établissements de restauration rapide, les restaurants et les salles de banquet des hôtels, les réceptions avec service de traiteur, les cafétérias, les écoles, les cercles, les hôpitaux, les avions, les trains, les bateaux et les voiturettes de marchands ambulants.

La plupart des restaurants consomment et permutent un nombre incroyable d'ingrédients. Même les restaurants à menu limité ou les établissements de restauration rapide peuvent employer 1 000 ingrédients et plus.

Le Comité admet qu'il s'agit là d'obstacles majeurs à la déclaration de tous les ingrédients, mais il estime que cette déclaration demeure souhaitable et faisable.

La décision de consommer ou de ne pas consommer un aliment ou un additif alimentaire est personnelle. Or elle peut être prise en connaissance de cause seulement par le consommateur qui sait ce qui entre dans la fabrication d'un produit. C'est à celui-ci qu'il incombe de se renseigner sur les ingrédients qui peuvent lui causer des problèmes de santé. Toutefois, il ne pourra obtenir ces renseignements que si le fournisseur du produit est en mesure de les lui donner.

À l'heure actuelle, des dispositions réglementaires obligent les grossistes en alimentation à fournir aux restaurateurs la liste des ingrédients qui entrent dans la composition des produits préemballés. Il faudrait que les fabricants et les fournisseurs de produits alimentaires soient tenus de fournir la liste complète des ingrédients de *tous* les aliments qu'ils vendent pour que les restaurateurs

ingredients in the foods sold. Restaurants could then provide this information either in labelling of foods, or in written lists available for consultation by the consumer.

Thus, the Standing Committee favours an approach in which ingredients lists would accompany food products from their point of manufacturer until final sale to the consumer. Where the consumer has reason to request the disclosure of such information, these lists would be available to the retailer who could then make the information available to the patron.

#### Recommendation

7. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare examine the feasibility of regulations to ensure that:

- (i) all food product manufacturers, suppliers and wholesalers provide, along with the food product, a list of all food and non-food;
- (ii) all food retailers make available, at the request of the consumer, complete listings of all ingredients in each food product sold, either through a label affixed to the product, or through the provision of a written list of ingredients of the food product; and,
- (iii) food retailers publicly display a sign informing patrons of the availability of this information and of the consumer's right to be informed of ingredients prior to sale.

et d'autres détaillants en alimentation puissent ensuite informer les consommateurs des ingrédients qui entrent dans la composition d'un aliment. Les restaurateurs pourraient fournir ces renseignements soit sur des étiquettes, soit sur des listes que les consommateurs pourraient consulter.

Le Comité permanent est donc en faveur de l'établissement d'une liste des ingrédients qui accompagnerait les produits alimentaires à toutes les étapes de la transformation jusqu'à la vente finale au consommateur. Les personnes intéressées à consulter cette liste pourraient se la procurer auprès des détaillants.

#### Recommandation

7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la possibilité d'adopter un règlement qui obligerait :

- (i) tous les fabricants de produits alimentaires, de même que les fournisseurs et les grossistes à joindre aux produits alimentaires une liste de tous les ingrédients nutritifs et non nutritifs entrant dans leur fabrication;
- (ii) tous les détaillants de produits alimentaires à mettre à la disposition des consommateurs qui en font la demande la liste complète des ingrédients qui entrent dans la composition de chacun des produits qu'ils vendent, soit en apposant une étiquette sur le produit, soit en fournissant une liste écrite des ingrédients;
- (iii) les détaillants de produits alimentaires à aviser leurs clients au moyen d'une affiche que ces renseignements existent et qu'ils ont le droit d'en prendre connaissance avant d'acheter un aliment.



## SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

1. The Standing Committee recommends that regulations be introduced under the *Food and Drugs Act* to ensure that there is full qualitative disclosure of all ingredients of all drug products, both prescription and non-prescription.
2. The Standing Committee recommends with respect to prescription drugs:
  - (i) that the Department of National Health and Welfare not require complete ingredient disclosure on labels, but, rather require drug monographs to include complete listings of all ingredients of all drug products;
  - (ii) that these product monographs, in leaflet form, be made available by dispensing pharmacists to consumers on request; and,
  - (iii) that pharmacists publicly display signs indicating the availability of drug product monographs.
3. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare include, within the Drug Identification Number book, complete listings of all ingredients of all drug products.
4. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare continue to review the availability of drug product information and, when required, make the DIN book more widely available, should its current limited distribution coupled with the information contained in the *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* not prove sufficient.
5. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare establish an advisory committee of industry and consumer representatives to work with the Health Protection Branch to establish a standardized nomenclature of common names in both official languages.
6. The Standing Committee recommends that:
  - (i) the Minister of National Health and Welfare consider expanding the regulations so as to include the complete ingredients labelling of cosmetics; and,
  - (ii) the Department of National Health and Welfare prepare draft regulations on cosmetic labelling and request comment from consumers and from

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. Le Comité permanent recommande d'adopter des dispositions réglementaires en vertu de la *Loi des aliments et drogues* qui rendront obligatoire la déclaration qualitative de tous les ingrédients des produits pharmaceutiques, qu'ils soient en vente libre ou vendus sur ordonnance.
2. En ce qui concerne les médicaments vendus sur ordonnance, le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :
  - (i) de ne pas exiger la déclaration de tous les ingrédients sur les étiquettes des médicaments d'ordonnance, mais d'obliger plutôt les fabricants à fournir dans les monographies la liste complète des ingrédients de tous les produits pharmaceutiques;
  - (ii) d'exiger que ces monographies soient à la disposition des consommateurs qui en font la demande, sous la forme de feuille détachée dans les pharmacies;
  - (iii) d'exiger des pharmaciens qu'ils indiquent sur des affiches que les monographies de produits pharmaceutiques sont disponibles sur demande.
3. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'incorporer dans l'ouvrage sur l'identification numérique des médicaments la liste complète des ingrédients de tous les produits pharmaceutiques.
4. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de continuer d'étudier l'accessibilité des renseignements sur les produits pharmaceutiques et, s'il y a lieu, de diffuser plus largement l'ouvrage sur l'identification numérique des médicaments si la distribution actuelle de cet ouvrage et la publication du *Compendium* sont jugées insuffisantes.
5. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de créer un comité consultatif composé de représentants de l'industrie et des consommateurs, qui collaborera avec la Direction générale de la protection de la santé à l'établissement d'une liste bilingue normalisée de désignations scientifiques et de dénominations communes.
6. Le Comité permanent recommande :
  - (i) au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la possibilité d'obliger les fabricants de cosmétiques à déclarer sur l'étiquette de leurs produits tous les ingrédients utilisés;
  - (ii) au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'élaborer des dispositions réglementaires sur l'étiquetage des cosmétiques et de les

the cosmetics industry prior to implementing new regulations.

7. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare examine the feasibility of regulations to ensure that:

- (i) all food product manufacturers, suppliers and wholesalers provide, along with the food product, a list of all food and non-food;
- (ii) all food retailers make available, at the request of the consumer, complete listings of all ingredients in each food product sold, either through a label affixed to the product, or through the provision of a written list of ingredients of the food product; and,
- (iii) food retailers publicly display a sign informing patrons of the availability of this information and of the consumer's right to be informed of ingredients prior to sale.

soumettre à l'examen des consommateurs et de l'industrie des produits cosmétiques avant de les rendre exécutoires.

7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la possibilité d'adopter un règlement qui obligerait :

- (i) tous les fabricants de produits alimentaires, de même que les fournisseurs et les grossistes à joindre aux produits alimentaires une liste de tous les ingrédients nutritifs et non nutritifs entrant dans leur fabrication;
- (ii) tous les détaillants de produits alimentaires à mettre à la disposition des consommateurs qui en font la demande la liste complète des ingrédients qui entrent dans la composition de chacun des produits qu'ils vendent, soit en apposant une étiquette sur le produit, soit en fournissant une liste écrite des ingrédients;
- (iii) les détaillants de produits alimentaires à aviser leurs clients au moyen d'une affiche que ces renseignements existent et qu'ils ont le droit d'en prendre connaissance avant d'acheter un aliment.

## APPENDIX A WITNESSES

## ANNEXE A TÉMOINS

Individual/Organization	Date	Issue	Individu/Organisme	Date	Fascicule
Murray Dorin Member of Parliament	January 28, 1988	40	Murray Dorin député	Le 28 janvier 1988	40
Department of National Health and Welfare			Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social		
Dr. Ed Napke, Chief, Product Related Disease Division, Health Protection Branch			D <sup>r</sup> Ed Napke, chef, Maladie associée à un produit, Protection de la santé		
Dr. G.A. Mitchell, Acting Director General, Drugs Directorate, Health Protection Branch			D <sup>r</sup> G.A. Mitchell, directeur général intérimaire, Direction des drogues, Protection de la santé		
Allergy Information Association			Association de l'information sur les allergies		
Susan Daglish, Executive Director			Susan Daglish, directrice exécutive		
Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada			<i>Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada</i>		
David Skinner, President			David Skinner, président		
Department of National Health and Welfare	February 24, 1988	41	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social	Le 24 février 1988	41
Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch			D <sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé		
Dr. S.W. Gunner, Director General, Food Directorate			D <sup>r</sup> S.W. Gunner, directeur général, Direction des aliments		
Canadian Restaurant and Food Services Association	May 31, 1988	49	Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation	Le 31 mai 1988	49
William Dover, President			William Dover, président;		
Douglas C. Needham, Executive Vice-President			Douglas C. Needham, vice-président exécutif		
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada			Association canadienne de l'industrie du médicament		
Hon. Judy Erola, President			L'honorable Judy Erola, présidente		
Dr. Karen Gilberg, Chairman, Research and Development Section			D <sup>r</sup> Karen Gilberg, présidente, Section de la recherche et du développement		
Mike O'Flaherty, Chairman, Plant Operations Section			Mike O'Flaherty, président, Section de la planification opérationnelle		
Gordon Postlewaite, Director, Public Affairs			Gordon Postlewaite, directeur, Affaires publiques		



**GOVERNMENT RESPONSE**

Pursuant to Standing Order 99(2), the Committee requests that the Government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on National Health and Welfare (*Issues Nos. 40, 41, 49 and 53 which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

**RÉPONSE DU GOUVERNEMENT**

En conformité du paragraphe 99(2) du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents du Comité permanent de la Santé nationale et du bien-être social (*fascicules nos 40, 41, 49 et le fascicule n° 53 qui inclut le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*Le président*

Bruce Halliday,

*Chairman*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

## PROCÈS-VERBAUX

THURSDAY, JULY 14, 1988  
(77)

LE JEUDI 14 JUILLET 1988  
(77)

[Text]

[Traduction]

The Standing Committee on National Health and Welfare met "in camera" at 10:00 o'clock a.m., in Room 208, West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Barry Turner and Brian White.

*Acting Member present:* Andrew Witer for W. Paul McCrossan.

*In attendance: From Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

The Committee commenced consideration of a draft report to the House of Commons.

By unanimous consent, it was agreed,—That the draft report, as amended, be adopted as the Committee's Fourth Report to the House and that the Chairman be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

By unanimous consent, it was agreed,—That the Committee print 2,000 copies of its Fourth Report to the House in bilingual format.

By unanimous consent, it was agreed,—That the title for the Committee's Fourth Report to the House shall be: "Recommendations of the Standing Committee on National Health and Welfare on the Proposed Changes to Canadian Drug Labelling Regulations under the *Food and Drugs Act*".

By unanimous consent, it was agreed,—That the Committee authorize the expenditure of funds necessary for engaging the services of an editor for the Fourth Report to the House.

ORDERED,—That the Chairman table the Fourth Report to the House and that pursuant to Standing Order 99(2), the Government be requested to table a comprehensive response to the said Report.

At 11:40 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 10 h 00, dans la pièce 208 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Barry Turner et Brian White.

*Membre suppléant présent:* Andrew Witer pour W. Paul McCrossan.

*Également présent: De Evalusearch:* Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

Le Comité entreprend l'examen de son projet de rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le projet de rapport, ainsi modifié, soit adopté et considéré comme le quatrième rapport du Comité à la Chambre et que le président soit autorisé à y apporter les changements nécessaires d'ordre typographique et de présentation sans en modifier le fond.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 2 000 exemplaires de son quatrième rapport à la Chambre dans une édition bilingue.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le titre du quatrième rapport du Comité à la Chambre soit: «Recommendations du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social au sujet des modifications proposées à la réglementation de l'étiquetage des produits pharmaceutiques aux termes de la *Loi des aliments et drogues*».

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les dépenses entraînées par l'engagement d'un éditeur pour le quatrième rapport soient couvertes par le budget du Comité.

IL EST ORDONNÉ,—Que le président dépose le quatrième rapport sur le Bureau de la Chambre, et qu'en application de l'article 99(2) du Règlement, le gouvernement soit prié de déposer une réponse globale audit rapport.

À 11 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell



















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9



139

REPRINT

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 54

Thursday, September 1, 1988

Chairman: Bruce Halliday

RÉIMPRESSION

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 54

Le jeudi 1<sup>er</sup> septembre 1988

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing  
Order 96(2), consideration of the health care system  
in Canada and its funding

### INCLUDING:

The Fifth Report to the House:

Interim Report on the Canadian Health Care  
System: Facts and Issues

### CONCERNANT:

Conformément à son mandat en vertu de l'article  
96(2) du Règlement, l'étude du régime de soins de  
santé au Canada et de son financement

### Y COMPRIS:

Le cinquième rapport à la Chambre:

Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé  
au Canada: faits et questions à l'étude

### WITNESS:

(See back cover)

### TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87-88

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987-1988

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL  
HEALTH AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Léo Duguay  
W. Paul McCrossan  
Margaret Anne Mitchell  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

**REPORT TO THE HOUSE**

Tuesday, September 13, 1988

The Standing Committee on National Health and Welfare has the honour to present its

**FIFTH REPORT**

Pursuant to Standing Order 96(2), your Committee has considered the health care system in Canada and its funding and submits its preliminary findings.

**RAPPORT À LA CHAMBRE**

Le mardi 13 septembre 1988

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social a l'honneur de présenter son

**CINQUIÈME RAPPORT**

Conformément aux dispositions du paragraphe 96(2) du Règlement, votre Comité a étudié le régime de soins de santé au Canada et son financement et il soumet ses conclusions préliminaires.



**Interim Report on the Canadian Health Care System:  
Facts and Issues**

**Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au  
Canada: faits et questions à l'étude**

**Table of Contents**

List of tables .....	5
List of figures .....	6
Health care expenditure .....	8
Institutional care .....	15
Health care manpower .....	27
The health of Canadians .....	28
Demographic change .....	33
The coming agenda .....	38
Health manpower .....	41
Institutional care .....	43
Medical high technology .....	45
Health promotion .....	46
Accessibility .....	49
Financing the system .....	50
Appendix A .....	54
Appendix B .....	59

**Table des matières**

Liste des tableaux .....	5
Liste des figures .....	6
Les dépenses au titre des soins de santé .....	8
Les soins en établissement .....	15
Les professionnels de la santé .....	27
L'état de santé des Canadiens .....	28
L'évolution démographique .....	33
Les questions à débattre .....	38
La main-d'oeuvre sanitaire .....	41
Les soins dispensés en établissement .....	43
La haute technologie médicale .....	45
La promotion de la santé .....	46
L'accessibilité .....	49
Le financement du système .....	50
Annexe A .....	56
Annexe B .....	61

## List of tables

- Table 1. Size of public health care expenditure as a percentage of the gross domestic product, 1984.
- Table 2. Number of selected health personnel and population per selected health personnel, Canada, 1974-1984.
- Table 3. Health expenditure by age and growth in spending, by 2010 and 2030.

## Liste des tableaux

- Tableau 1. Proportion des dépenses publiques en soins de santé en tant que pourcentage du produit intérieur brut en 1984
- Tableau 2. Nombre de professionnels de la santé dans certaines professions et ratio population/spécialistes, au Canada, de 1974 à 1984
- Tableau 3. Dépenses de santé par classe d'âge et progression de la dépense jusqu'en 2010 et 2030

## List of figures

## Liste des figures

Figure 1.	Total health expenditures as a percentage of gross national product.	Figure 1.	Dépenses totales en soins de santé en tant que pourcentage du produit national brut
Figure 2.	Health expenditures as a percentage of gross national product, Canada and United States, 1960 to 1985.	Figure 2.	Dépenses en soins de santé en tant que pourcentage du produit national brut, au Canada et aux États-Unis, de 1960 à 1985
Figure 3.	Total health expenditure, per capita by province, 1985.	Figure 3.	Dépenses totales en soins de santé, par habitant, selon la province, en 1985
Figure 4.	Total health expenditure by province, as a percentage of GDP, 1984.	Figure 4.	Dépenses totales en soins de santé, selon la province, en tant que pourcentage du PIB, en 1984
Figure 5.	Federal and provincial shares of health care expenditure, as a percent.	Figure 5.	Répartition des dépenses en soins de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces, en pourcentage
Figure 6.	Health expenditure by category, Canada, 1975 and 1985.	Figure 6.	Dépenses en soins de santé selon la catégorie, au Canada, en 1975 et 1985
Figure 7.	Hospital beds, distribution by type of hospital, 1987.	Figure 7.	Répartition des lits selon le genre d'hôpital, en 1987
Figure 8.	Hospital beds per 1,000 persons, 1982-1987.	Figure 8.	Nombre de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants, de 1982 à 1987
Figure 9.	Hospital beds per 1,000 persons, by province, 1987.	Figure 9.	Nombre de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants, selon la province, en 1987
Figure 10.	Hospital indicators per 100,000 persons, Canada, 1971 to 1982-83.	Figure 10.	Indicateurs d'hospitalisation par 100 000 habitants, au Canada, de 1971 à 1982-1983
Figure 11.	Beds in residential care facilities by principal characteristic, 1983-84.	Figure 11.	Lits des établissements de soins, selon la spécialisation principale de l'établissement, en 1983-1984
Figure 12.	Number of approved beds in residential care facilities for the aged in Canada, 1980-81 to 1983-84.	Figure 12.	Nombre de lits approuvés dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes, pour personnes âgées, au Canada, de 1980-1981 à 1983-1984
Figure 13.	Hospital and residential beds per 1,000 persons, by province, 1987.	Figure 13.	Lits dans les hôpitaux et les établissements de soins résidentiels par 1 000 habitants, selon la province, en 1987
Figure 14.	Life expectancy at birth, by sex, Canada, 1941 to 1984 and 1831 to 1981.	Figure 14.	Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, au Canada, de 1941 à 1984 et de 1831 à 1981
Figure 15.	Projected population ages 65 + .	Figure 15.	Composition projetée de la population âgée de 65 ans et plus
Figure 16.	Living arrangements by age, as a percentage, Canada, 1986.	Figure 16.	Conditions de logement, selon l'âge, en pourcentage, au Canada, en 1986
Figure 17.	Hospital separations per 100,000 persons, by age group, 1971 to 1982-83.	Figure 17.	Congés après hospitalisation par 100 000 habitants, selon le groupe d'âge, de 1971 à 1982-1983
Figure 18.	Hospital length of stay by age group, 1971 to 1982-83.	Figure 18.	Durée de l'hospitalisation, selon le groupe d'âge, de 1971 à 1982-1983



In April 1988, the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare began holding public hearings on the Canadian health care system as part of a broad study of health care in Canada. The purpose of this study is to determine the ability of current fiscal arrangements to provide a stable, flexible and adequate funding base for a health care system that responds to the needs of Canadians.

This report will provide background information to this study. By describing some key elements of our health care system, the report will provide a context in which to consider the strengths and weaknesses of our system.

Constitutionally, health care in Canada is primarily the responsibility of the provinces and territories. Despite responsibility being vested in the ten provinces, the health care system has been shaped by national objectives and a national commitment to several principles. While some of these principles have been recognized and enshrined in the *Canada Health Act*, others, too, have helped to fashion our system and may be no less important.

Five principles governing the Canadian health care system, are defined in sections 8 through 12 of the *Canada Health Act*. The health care system is one administered and operated on a non-profit basis by a public authority responsible to the provincial governments (section 8). The system provides comprehensive coverage of insured services (section 9). All persons in a province are entitled to participate in the health care system on uniform terms and conditions (section 10). The health care insurance system in each province must be portable, allowing Canadians to coverage when their province of residence changes (section 11). Reasonable access to health services is not impeded, either directly or indirectly, by charges to patients or in other ways; and hospitals, physicians and dentists receive reasonable compensation for their services (section 12).

In addition, the Canadian health care system has been shaped by a commitment to excellence. It is expected by health care providers, by the public and by governments, that the Canadian health care system will be of the highest quality. Along with this commitment to high quality care, there is also a recognition of the need for the system to be efficient and to deliver this care at reasonable cost.

The development of our health care system has posed a significant challenge: to create and maintain at reasonable cost, a high quality health care system to which all Canadians have access, regardless of their financial ability.

En avril 1988, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social a tenu pour la première fois des audiences publiques sur le réseau canadien de soins de santé dans le cadre d'une étude exhaustive sur les services de santé au Canada. Cette étude a pour but de déterminer dans quelle mesure les arrangements fiscaux en place donnent accès à une source de financement stable, souple et suffisante grâce à laquelle il serait possible de constituer un réseau de soins de santé adapté aux besoins des Canadiens.

Le présent rapport fournira les données de base nécessaires à l'étude; on y trouvera également la description de certains éléments-clés de notre réseau de soins de santé qui permettra d'analyser les points forts et les points faibles de notre système.

Sur le plan constitutionnel, les soins de santé relèvent essentiellement des provinces et des territoires. Cependant, malgré les attributions provinciales dans ce secteur d'activité, certains objectifs nationaux et certains principes respectés dans l'ensemble du pays ont influé sur l'organisation du réseau. Certains principes ont été reconnus et intégrés dans la *Loi canadienne sur la santé*, mais il y en a aussi d'autres qui ont servi de fondement à notre système et sont ainsi tout aussi importants.

Les cinq principes qui régissent le système canadien d'assurance-santé sont énoncés aux articles 8 à 12 de la *Loi canadienne sur la santé*. Les régimes d'assurance-santé sont gérés sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province (article 8). Le régime d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés (article 9). Tous les citoyens d'une province ont droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes (article 10). Le régime d'assurance-santé de la province doit être transférable de façon que les Canadiens soient assurés lorsqu'ils changent de province de résidence (article 11). L'accès aux services de santé ne doit pas être entravé directement ou indirectement par la facturation aux assurés ou de quelque autre façon; enfin, le régime accorde une rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes (article 12).

Il convient, en outre, de préciser que l'établissement du réseau de soins de santé canadien s'est fait sous le signe de l'excellence. Les prestataires de soins ainsi que la population et les gouvernements s'attendent à des services de première qualité. Il est toutefois reconnu que le système doit être efficace et que les coûts doivent être modérés.

La mise sur pied de notre réseau de soins de santé a posé un problème de taille : mettre sur pied et maintenir des services de première qualité, à coût acceptable, accessibles à tous les Canadiens, quelle que soit leur situation financière.

### Health care expenditure

Total health care expenditure in Canada in 1985 amounted to almost \$40 billion. This was 6.3% higher than the expenditure in 1984. On a per capita basis, expenditure in 1985 amounted to \$1,568, or 5.4% higher than in the previous year.

One way of placing this health care expenditure in perspective is to express it as a percentage of the gross national product (GNP). The 1985 expenditure was 8.62% of the GNP. The percentage of GNP committed to health care has shown fairly regular growth in the past three decades (see figure 1).

But the percentage of GNP committed to health care is related not only to the absolute expenditure on health care, but also reflects the strength of other sectors of the economy. The same level of expenditure in a year of poor economic performance would show a larger percentage of GNP than would be the same expenditure in a year of strong economic performance. Thus, the relatively large increase in percentage of GNP spent on health care in the early 1980s seen in figure 1, likely reflected, in part, a slower growth in the economy. Since 1983, there has been a reduction in the percentage of the GNP committed to health care.

Another way of putting Canada's health care expenditure into perspective is to compare it with expenditure in other countries, especially the United States. As can be seen in figure 2, in the period leading up to the 1970s, both Canada and the United States showed similar levels of health care expenditure expressed as a percentage of the GNP. In the 1970s, however, these percentages began to diverge. In the period 1970 to 1985, the Canadian share of GNP grew from 7.13% to 8.62%. In the U.S., the health care share of GNP grew from 7.39% to 10.63%.

The widening gap in GNP committed to health care in Canada and the U.S. may be related to a number of factors. It reflects the differences in the rate of change in GNP, which increased more rapidly in Canada; and, it reflects differences in the rate of growth in GNP expended the hospital sector, which rose in the U.S., but declined in Canada.

In Canada, private expenditure accounts for approximately 25% of all health care expenditure. Public health care expenditure as a percentage of GDP is higher than that in many other western nations (see table 1).

As health care is largely a provincial responsibility, health care expenditures can, and do, vary by province. As can be seen in figure 3, per capita health care expenditures in 1985 varied from \$1,279 to \$2,861 and tended to be lowest in the Atlantic provinces.

### Les dépenses au titre des soins de santé

Les dépenses totales du Canada au titre des soins de santé en 1985, se sont élevées à presque 40 milliards de dollars ce qui représente une hausse de 6.3 % par rapport aux dépenses de 1984. En 1985, les dépenses par habitant ont atteint 1 568\$, soit 5.4 % de plus que l'année précédente.

Pour avoir une idée juste de ce que sont les dépenses à ce chapitre, on peut les exprimer en tant que pourcentage du produit national brut (PNB). C'est ainsi qu'en 1985, elles ont totalisé 8.62 % du PNB. En fait, le pourcentage du PNB consacré aux soins de santé a augmenté assez régulièrement au cours des trois dernières décennies (voir figure 1).

Il faut cependant préciser que le pourcentage du PNB consacré aux soins de santé n'est pas uniquement fonction des dépenses réelles faites à ce titre, mais également de la vigueur d'autres secteurs de l'économie. Ainsi, un niveau de dépenses donné durant une année de piètre rendement économique représenterait un pourcentage plus important du PNB qu'un niveau égal pendant une année où l'économie est florissante. Par conséquent, l'augmentation sensible du pourcentage du PNB consacré aux soins de santé au début des années quatre-vingt tel qu'en témoigne la figure 1 révèle vraisemblablement, entre autres, un ralentissement de l'économie. Depuis 1983, le pourcentage du PNB consacré aux soins de santé a diminué.

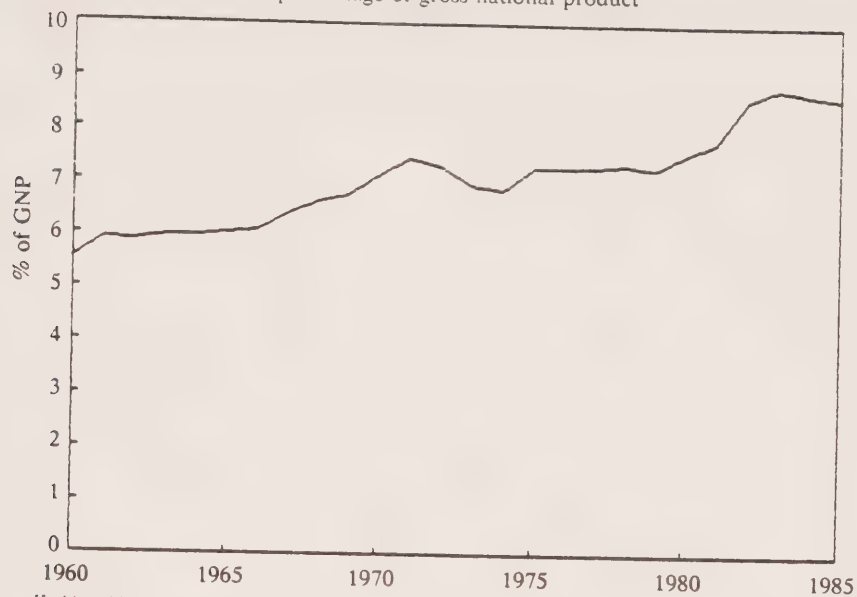
On peut également se représenter les dépenses au titre des soins de santé dans une perspective globale en les comparant à celles d'autres pays comme les États-Unis. Comme l'illustre la figure 2, au cours de la période précédant les années 1970, les niveaux de dépenses en soins de santé en tant que pourcentage du PNB ont été les mêmes au Canada et aux États-Unis. Au cours des années soixante-dix, on a toutefois noté un écart entre les deux. De 1970 à 1975, la part du PNB canadien affectée à ces dépenses est passée de 7.13 % à 8.62 %. Aux États-Unis, la proportion du PNB appliquée aux soins de santé est passée de 7.39 % à 10.63 %.

L'écart sans cesse croissant entre les pourcentages du PNB consacrés aux soins de santé au Canada et aux États-Unis peut s'expliquer par divers facteurs. Il correspond aux différences du taux de variation du PNB qui a été supérieur au Canada, ainsi qu'à la partie de la hausse du PNB affectée au secteur hospitalier, qui a augmenté aux États-Unis, mais a diminué au Canada.

Les dépenses faites dans le secteur privé au Canada ont totalisé environ 25 % de toutes les dépenses en soins de santé. Les dépenses publiques en soins de santé en tant que pourcentage du PIB sont supérieures à celles de nombreux pays occidentaux (voir tableau 1).

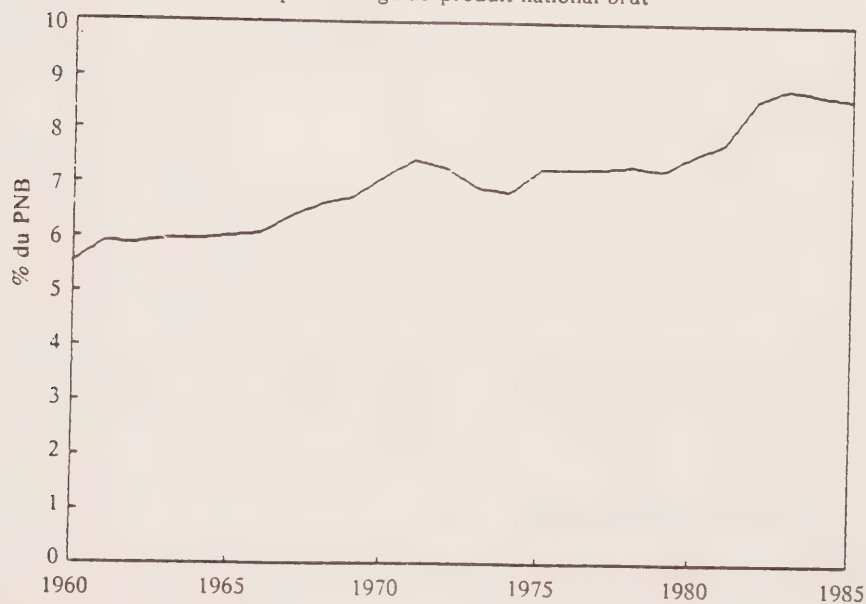
Comme les soins de santé relèvent dans une large mesure de la compétence provinciale, l'envergure des dépenses en soins de santé varie d'une province à l'autre. Tel qu'on l'indique à la figure 3, les dépenses en soins de santé par habitant sont passées de 1 279\$ à 2 861\$ en 1985

**Figure 1**  
Total health expenditures as a  
percentage of gross national product



Source: Health and Welfare Canada

**Figure 1**  
Dépenses totales en soins de santé en tant que  
pourcentage du produit national brut



Source: Santé et Bien-être social Canada



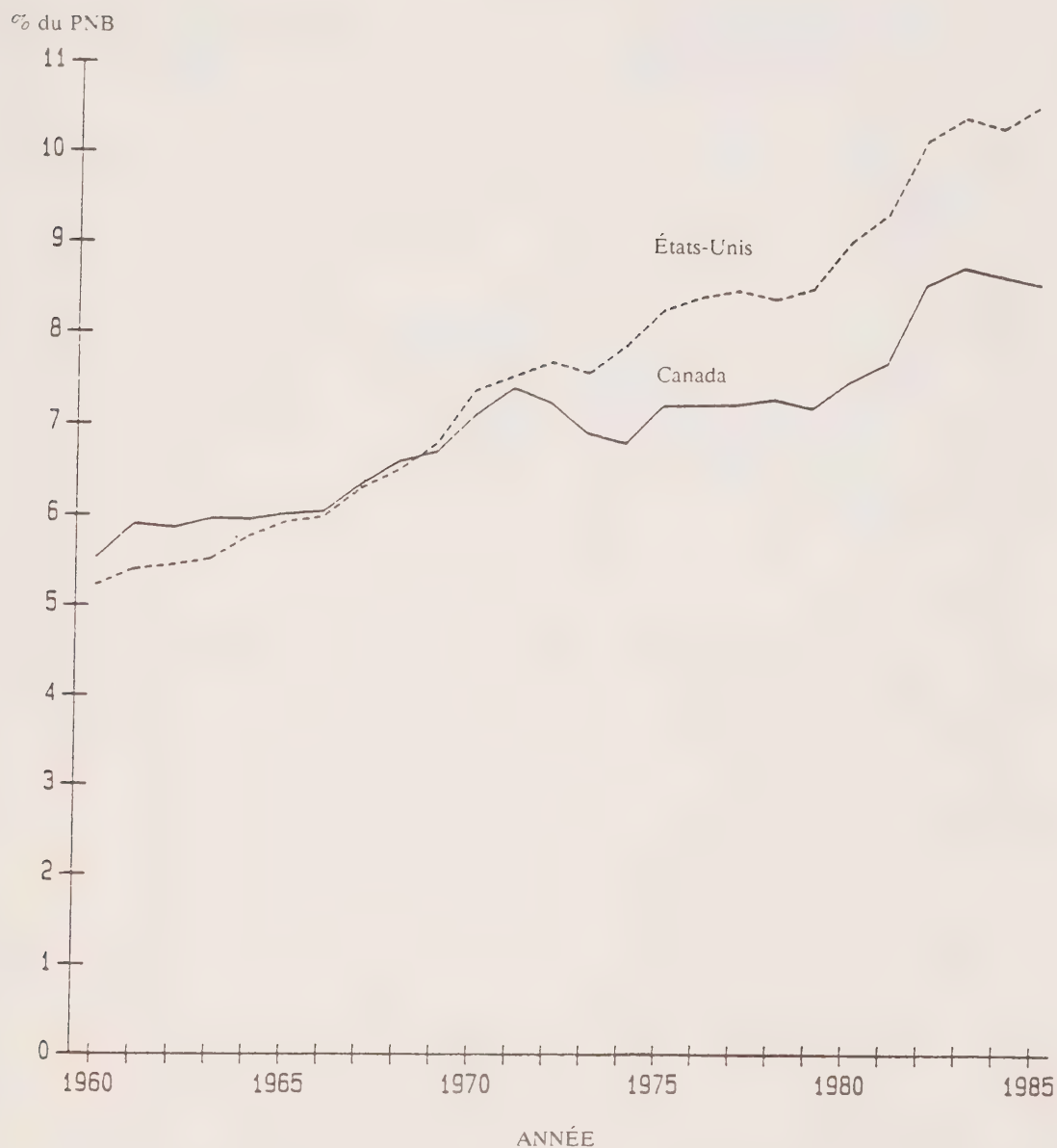
**Figure 2**  
Health expenditures as a percentage of  
gross national product, Canada and United States,  
1960 to 1985



Canadian statistics for 1984 and 1985 and United States' statistics for 1985 are provisional.

Source: Health and Welfare Canada

**Figure 2**  
Dépenses en soins de santé en tant que  
pourcentage du produit national brut, au Canada et aux États-Unis,  
de 1960 à 1985



Les données statistiques concernant la situation au Canada en 1984 et 1985  
et celles des États-Unis en 1985 sont provisoires.

Source: Santé et Bien-être social Canada

**TABLE 1**  
Size of public health care expenditure as a percentage of the gross domestic product, 1984.

	Public health expenditure to GDP (%)
Sweden	8.6
Ireland	6.9
Netherlands	6.8
Australia	6.6
France	6.5
Iceland	6.5
Germany	6.4
<b>CANADA</b>	<b>6.2</b>
Italy	6.1
Belgium	5.7
Norway	5.6
Finland	5.4
United Kingdom	5.3
Denmark	5.3
Japan	4.8
United States	4.4
Austria	4.4
New Zealand	4.4
Spain	4.2
Portugal	3.9
Greece	3.6
Average	5.6



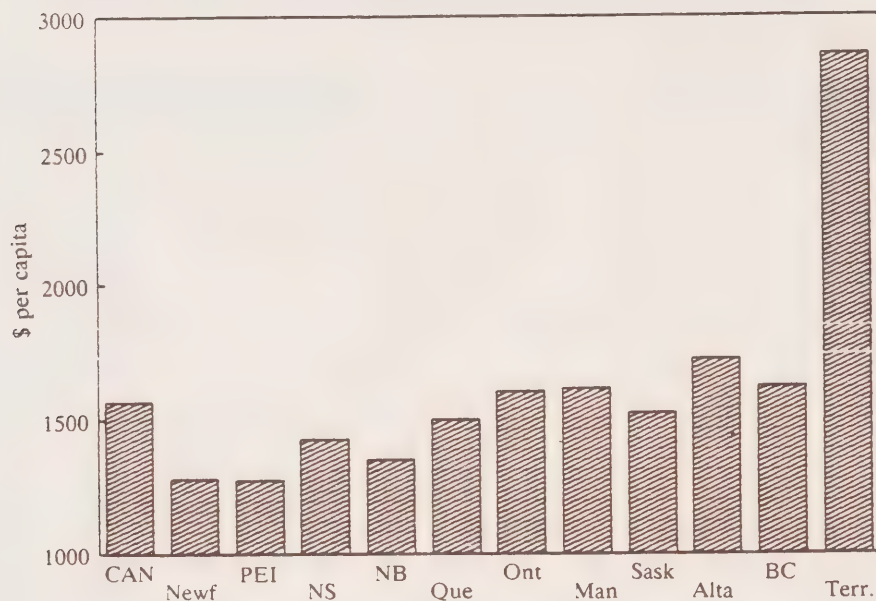
TABLEAU 1

Proportion des dépenses publiques en soins de santé en tant que pourcentage du produit intérieur brut, en 1984.

Dépenses publiques en soins  
de santé en tant que % du PIB

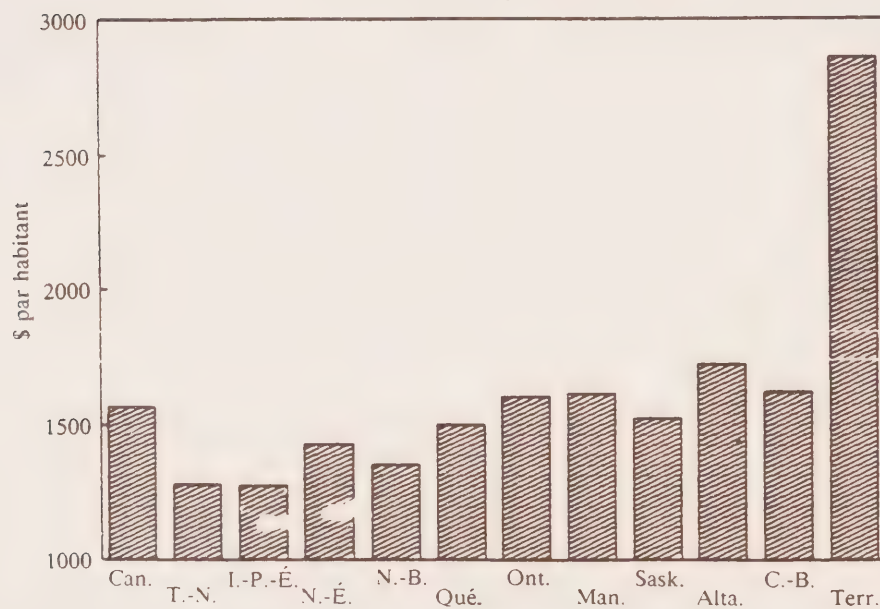
Suède	8.6
Irlande	6.9
Pays-Bas	6.8
Australie	6.6
France	6.5
Islande	6.5
Allemagne	6.4
<b>CANADA</b>	<b>6.2</b>
Italie	6.1
Belgique	5.7
Norvège	5.6
Finlande	5.4
Royaume-Uni	5.3
Danemark	5.3
Japon	4.8
États-Unis	4.4
Australie	4.4
Nouvelle-Zélande	4.4
Espagne	4.2
Portugal	3.9
Grèce	3.6
Moyenne	5.6

**Figure 3**  
Total health expenditure, per  
capita by province, 1985



Source: Health and Welfare Canada

**Figure 3**  
Dépenses totales en soins de santé,  
par habitant selon la province, en 1985



Source: Santé et Bien-être social Canada

The absolute size of provincial health care expenditure can be put into perspective by relating it to the province's overall economic activity. Comparisons between provinces (figure 4) show differences in the health share of the provincial gross domestic product (GDP). The percentages of GDP spent on health tend to be highest in Atlantic Canada. Thus, in terms of their GDP, provinces with the lowest per capita expenditure, tend to be those committing the most to health care.

Unlike Canada, the U.S. still relies on private expenditure in health care. In 1985, 41% of the U.S. health expenditure was public, compared to 76% public expenditure in Canada.

Although the provinces carry the responsibility of administering their health care programs, both the federal and provincial governments share in the funding of the system. In 1977, Canada shifted away from direct cost sharing to a system of block grants from the federal to the provincial governments. This funding mechanism, described in the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act* (EPF), provided payments to provinces based on a formula which allowed the provinces freedom to direct transferred funds in any way they wished.

The EPF allows provinces statutory payments indexed to a three-year moving average of the GNP along with the transfer of tax points. In 1988-89, the statutory payment is expected to be in excess of \$7 billion. Between 1975 and 1985, federal contributions to the provinces in support of health care, including cash payments plus the estimated value of abated points of personal and corporate income tax, grew from \$3.1 billion to \$11 billion. During this same period, provincial government health expenditure grew from \$8.7 billion to \$27.9 billion (see figure 5).

Hospitals and other institutions account for more than half the health care expenditure in Canada (see figure 6). As can be seen in figure 6, there has been little change in the proportion of health care expenditure by the major categories of expense.

#### Institutional care

Canada maintains a system of institutions which includes acute, chronic and convalescent hospitals, homes for the aged, nursing homes, institutions for the developmentally handicapped, drug and alcohol recovery institutions and others.

et les Maritimes se maintenaient généralement au bas de l'échelle.

Pour bien saisir l'importance réelle des dépenses provinciales en soins de santé, on peut les comparer à l'ensemble de l'activité économique de la province. Par ailleurs, en comparant la situation des provinces (figure 4), on constate une variation de la part des soins de santé dans l'ensemble du produit intérieur brut provincial. Règle générale, la part du PIB consacrée aux soins de santé est plus élevée dans les Maritimes. Par conséquent, les provinces dont les dépenses par habitant sont les moins élevées sont, en général, celles où la part du PIB représentée par le secteur de la santé est la plus grande.

Contrairement au Canada, les États-Unis comptent encore sur le secteur privé pour les dépenses en soins de santé. En 1985, 41 % d'entre elles ont été faites dans le secteur public comparativement à 76 % au Canada.

Par ailleurs, l'administration des programmes de soins de santé relève des provinces, mais le gouvernement fédéral partage avec elles le financement du système. Depuis 1977, il n'y a plus de partage des coûts directs au Canada, le gouvernement fédéral accorde aux provinces des subventions globales. Selon ce mode de financement décrit dans la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et le financement des programmes établis*, des paiements sont faits aux provinces selon une formule qui leur permet d'administrer les fonds obtenus de la façon qu'ils l'entendent.

La *Loi sur les accords fiscaux* prévoit le versement aux provinces de paiements indexés selon une moyenne mobile de trois ans du PNB, ainsi qu'un transfert de points d'impôts. En 1988-1989, le paiement prévu par la loi doit dépasser 7 milliards de dollars. Entre 1975 et 1985, les contributions fédérales aux provinces au titre des soins de santé, y compris les paiements comptants ajoutés à la valeur réduite des points d'impôt personnel et d'impôt sur les sociétés, est passée de 3.1 à 11 milliards. Au cours de la même période, les dépenses provinciales en soins de santé ont grimpé de 8.7 à 27.9 milliards de dollars (voir figure 5).

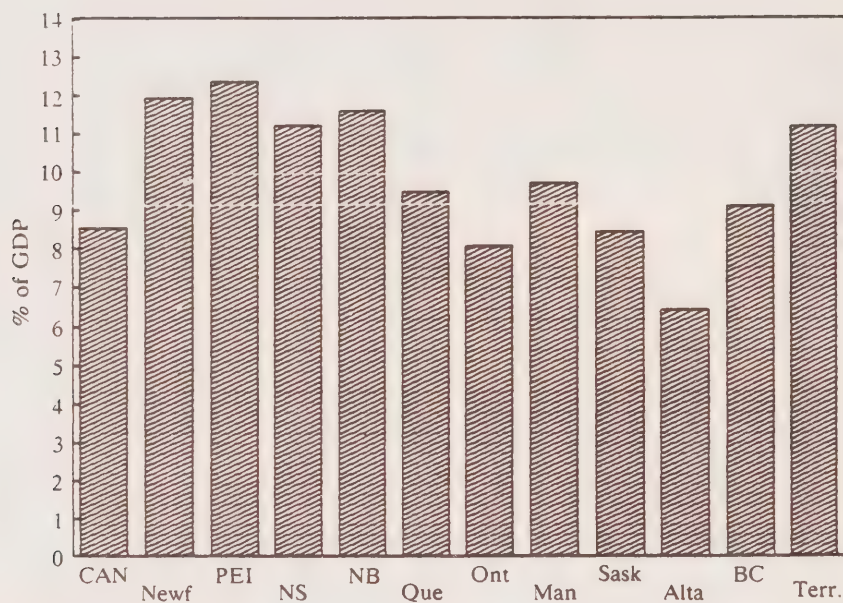
Les hôpitaux et autres établissements représentent plus de la moitié des dépenses en soins de santé au Canada (voir figure 6). Comme on peut le constater à la figure 6, la proportion des dépenses en soins de santé a peu changé dans les grandes catégories de dépenses.

#### Les soins en établissement

Le réseau d'établissements en place au Canada est constitué d'hôpitaux de soins de courte durée et d'hôpitaux pour malades chroniques, de maisons de convalescence, de foyers pour personnes âgées, de centres d'hébergement, de centres pour personnes atteintes de handicaps développementaux, de même que de centres de réadaptation des alcooliques et toxicomanes, etc.

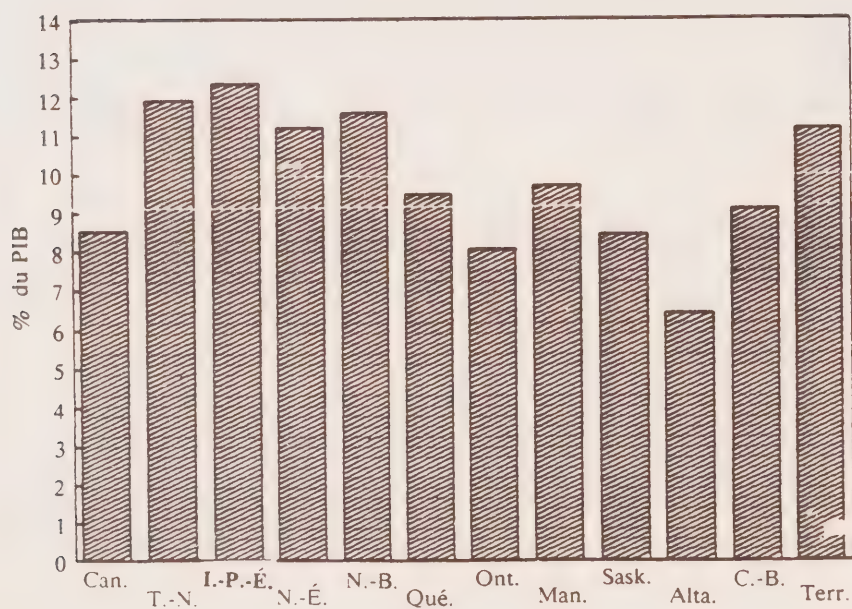


**Figure 4**  
Total health expenditure by  
province, as % of GDP, 1984



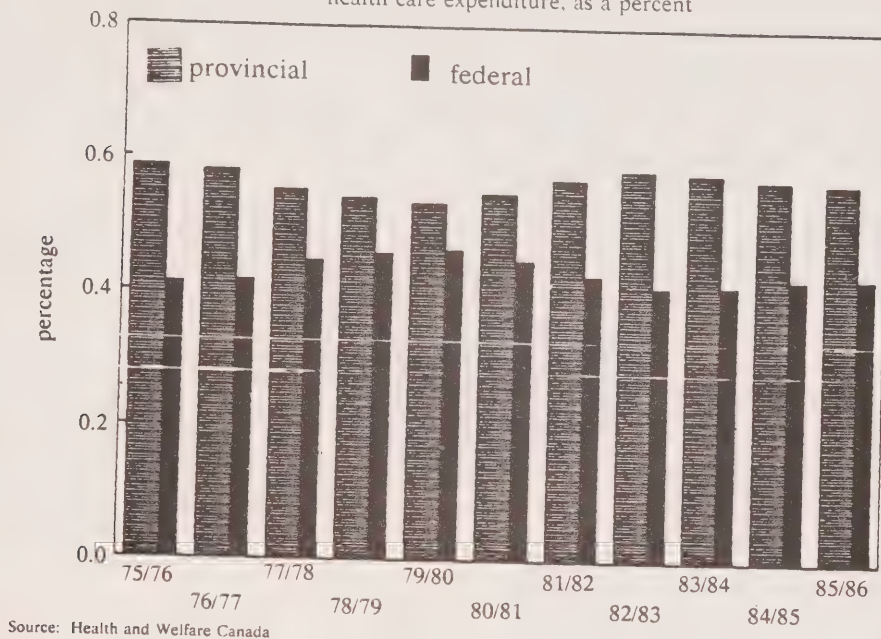
Source: Health and Welfare Canada

**Figure 4**  
Dépenses totales en soins de santé, selon la province,  
en tant que pourcentage du PIB, en 1984

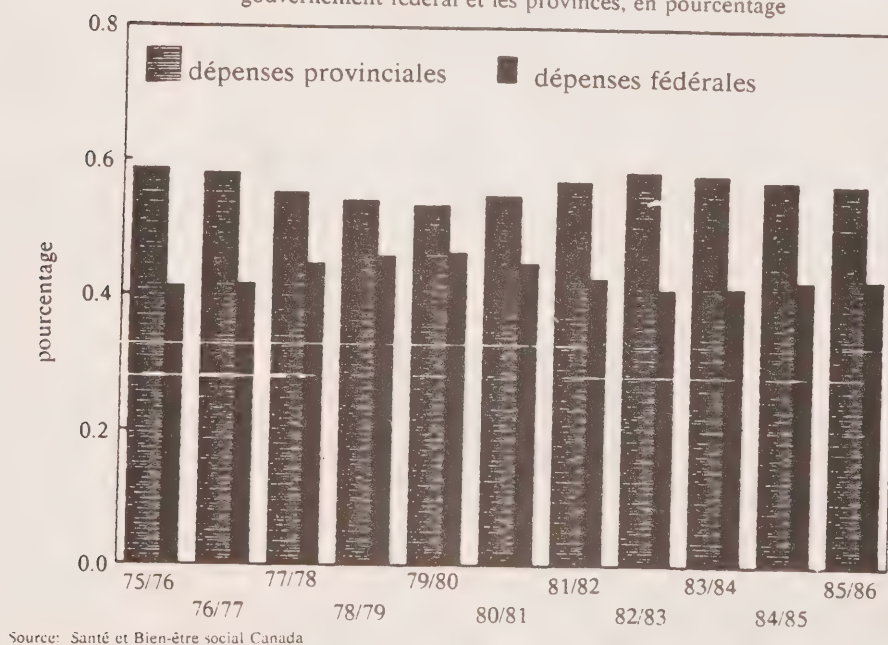


Source: Santé et Bien-être social Canada

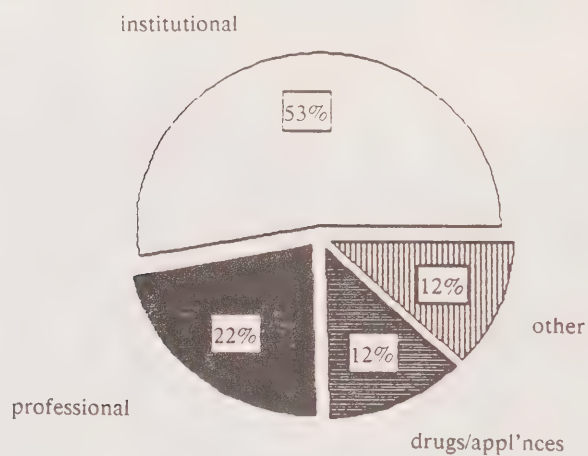
**Figure 5**  
Federal and provincial shares of  
health care expenditure, as a percent



**Figure 5**  
Répartition des dépenses en soins de santé entre le  
gouvernement fédéral et les provinces, en pourcentage

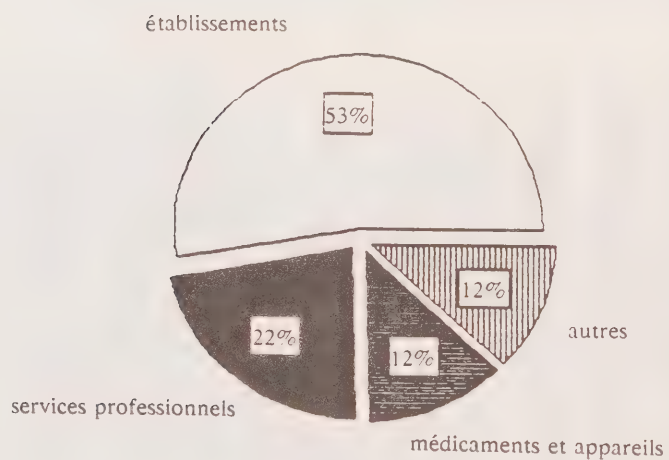


**Figure 6**  
Health expenditure by category,  
Canada, 1985



Source: Health and Welfare Canada

**Figure 6**  
Dépenses en soins de santé selon la catégorie,  
au Canada, en 1985



Source: Santé et Bien-être social Canada



## Hospitals

Approximately 96% of all hospital beds in Canada are located in public hospitals. The remaining 4% are found in federal hospitals and proprietary hospitals. At the beginning of fiscal year 1987-88 there were approximately 176,000 hospital beds, of which 170,000 were in Canada's 1,062 public hospitals. Most hospital beds are found in general hospitals, while a growing proportion are for extended care (see figure 7).

Acute care units experience average occupancy rates of 84% while long-term care units experience occupancy rates of 96%. The cost of the average hospital bed-day (all hospital types) was \$317 in April-June 1987.

Canada experienced a rapid expansion in hospital beds during the 1950s to 5.4 acute beds and 1.1 long-term care beds per 1,000 persons. More beds were added to the system in the 1960s, especially in long-term care. In the 1970s there was an actual decline in acute beds, but a continued increase in long-term care beds. By 1980, there were 4.8 acute beds and 2.2 long-term care beds per 1,000 persons. The trend toward reduced availability of acute beds is continuing.

As can be seen in figure 8, the increase in long-term care hospital beds has not totally offset the reductions in acute care beds.

The availability of hospital beds varies by province, from a high of 8.37 beds per 1,000 persons in Quebec to a low of 5.58 beds per 1,000 persons in Ontario (see figure 9).

Admission rates to hospitals have been declining since 1973. And although the average length of stay in hospital has been increasing, total days of care too have declined during this period (figure 10). These changes imply greater use of outpatient and ambulatory clinics, day surgery and greater use of long-term care rather than acute care.

## Residential facilities

Canadians requiring institutional care are served not only by hospitals, but by residential facilities as well. These include homes for the aged, nursing homes, facilities for the mentally retarded, residential centres for the physically handicapped and other health-related institutions. As can be seen in figure 11, more than two-thirds of the approved beds in residential facilities are found in homes for the aged.

The number of beds in facilities for the aged have been growing (figure 12) so that there are now more than

## Hôpitaux

Environ 96 % de tous les lits d'hôpitaux au Canada se trouvent dans des établissements publics. Les autres (4 %) sont dans des hôpitaux fédéraux et des cliniques privées. Au début de l'année financière 1987-1988, on comptait à peu près 176 000 lits d'hôpitaux dont 170 000 dans les hôpitaux publics (1 062). Ce sont les hôpitaux généraux qui comptent le plus grand nombre de lits, mais on constate une augmentation croissante de la proportion de lits dans les hôpitaux pour soins prolongés (voir figure 7).

Les hôpitaux de soins de courte durée enregistrent un taux d'occupation moyen de 84 % alors qu'il atteint 96 % dans les hôpitaux de soins prolongés. Le coût moyen d'un jour-lit dans un hôpital (toutes catégories) était de 317\$ entre avril et juin 1987.

Au cours des années '50, le Canada a connu une augmentation rapide du nombre de ses lits d'hôpitaux par 1 000 habitants, atteignant 5.4 lits pour les soins de courte durée et 1.1 lit dans le cas des soins prolongés. Le nombre de lits a également augmenté dans les années '60, en particulier dans les établissements de soins prolongés. Par ailleurs, durant les années '70, on a enregistré une diminution du nombre de lits de soins de courte durée, accompagnée d'une augmentation continue du nombre de lits de soins prolongés. En 1980, on comptait 4.8 lits de soins de courte durée par 1 000 habitants et 2.2 lits de soins prolongés. La tendance à la baisse du nombre de lits de soins de courte durée se maintient.

Comme l'indique la figure 8, l'augmentation du nombre de lits de soins prolongés n'a pas tout à fait contrebalancé la diminution du nombre de lits de soins de courte durée.

La répartition des lits d'hôpitaux s'établit selon la province entre un maximum de 8.37 lits par 1 000 habitants au Québec et 5.58 lits par 1 000 habitants en Ontario (voir figure 9).

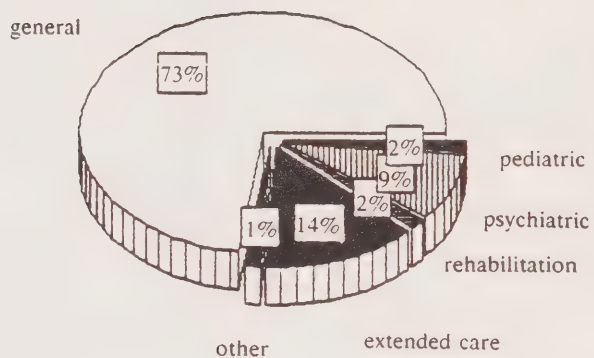
Le taux d'hospitalisation a diminué depuis 1973 et malgré l'augmentation de la durée moyenne du séjour à l'hôpital, le nombre total de jours de soins a décliné au cours de la même période (figure 10). Ces changements s'expliquent par l'activité accrue dans les cliniques externes et les cliniques de soins ambulatoires, les centres de chirurgie de jour et les services de soins prolongés, au détriment des services de soins de courte durée.

## Les établissements de soins

Pour les soins en établissement, les Canadiens disposent non seulement d'hôpitaux, mais également d'établissements résidentiels, notamment les foyers pour personnes âgées, centres d'hébergement, les centres pour déficients mentaux, les centres pour handicapés physiques et autres. Comme l'indique la figure 11, plus des deux tiers des lits approuvés dans les établissements résidentiels se trouvent dans des foyers pour personnes âgées.

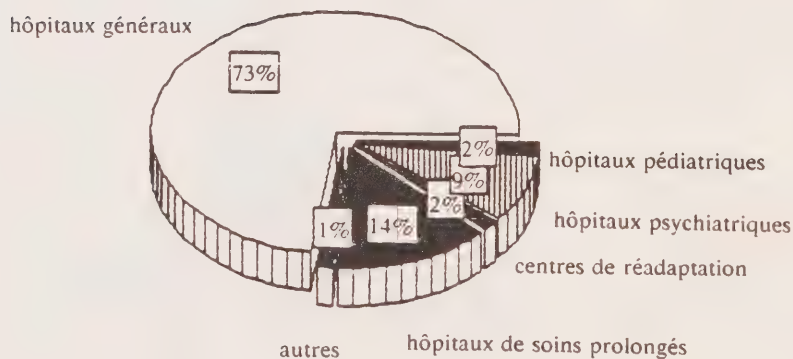
Le nombre de lits des établissements pour personnes âgées a augmenté (figure 12); on compte maintenant plus

**Figure 7**  
Hospital beds, distribution by  
type of hospital, 1987



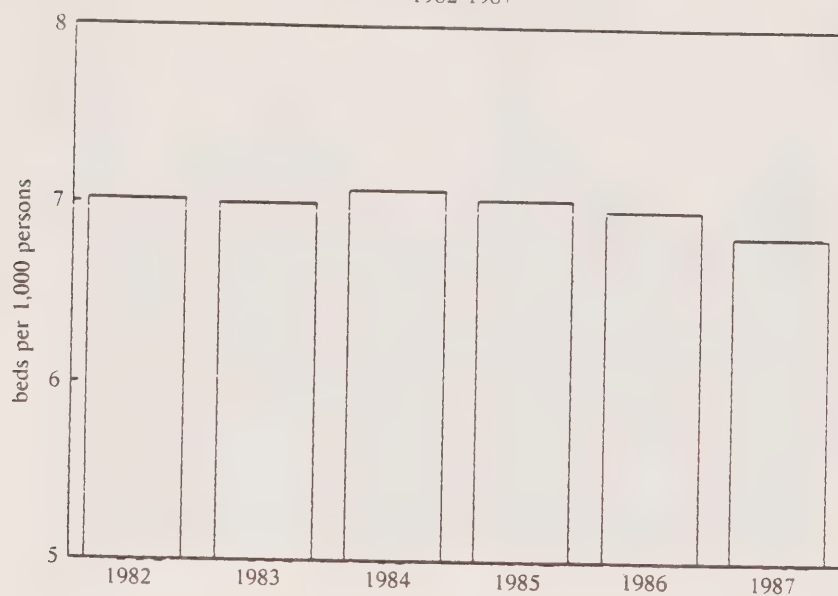
Source: Statistics Canada

**Figure 7**  
Répartition des lits selon le genre d'hôpital  
en 1987



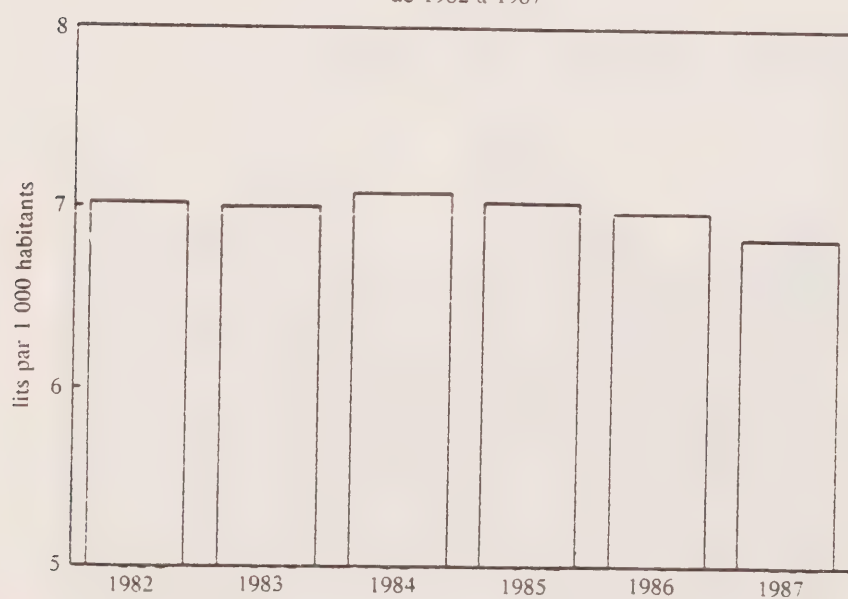
Source: Statistique Canada

**Figure 8**  
Hospital beds per 1,000 persons,  
1982-1987



Source: Health and Welfare Canada

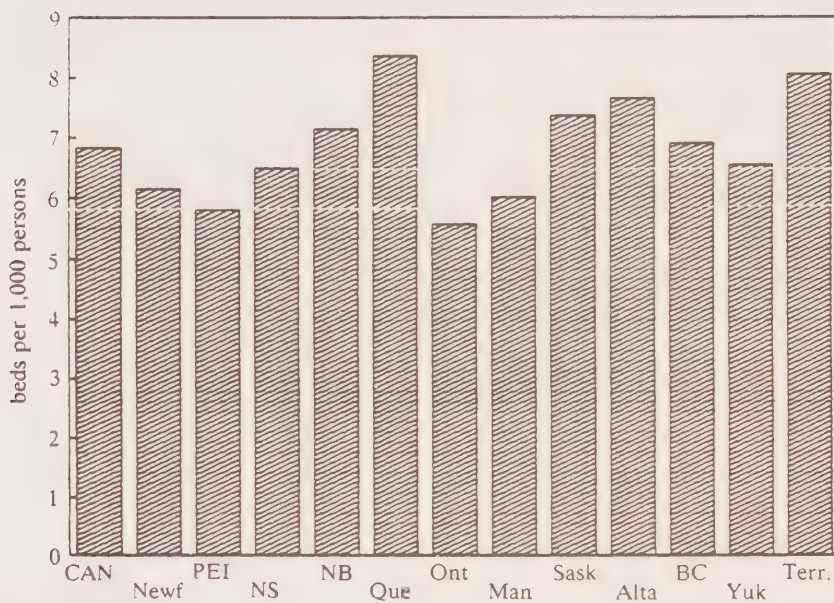
**Figure 8**  
Nombre de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants,  
de 1982 à 1987



Source: Santé et Bien-être social Canada

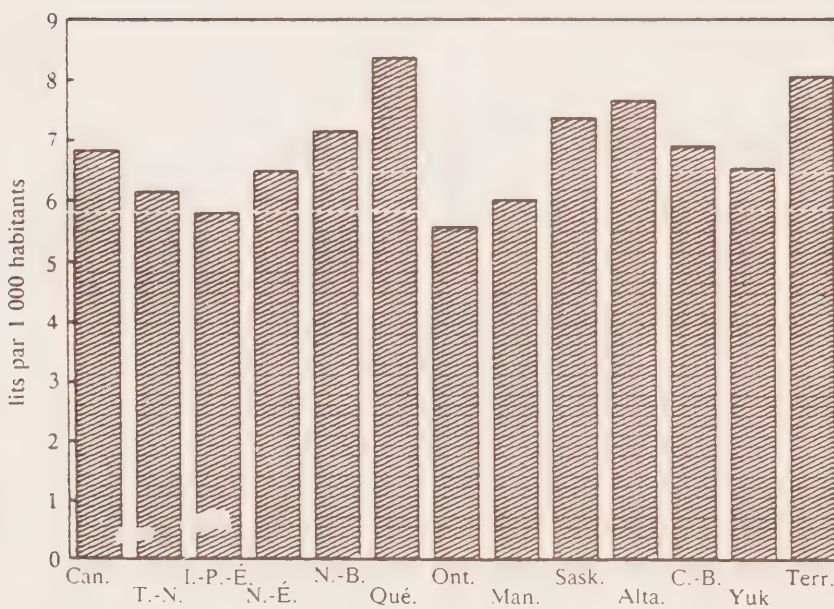


**Figure 9**  
Hospital beds per 1,000 persons,  
by province, 1987



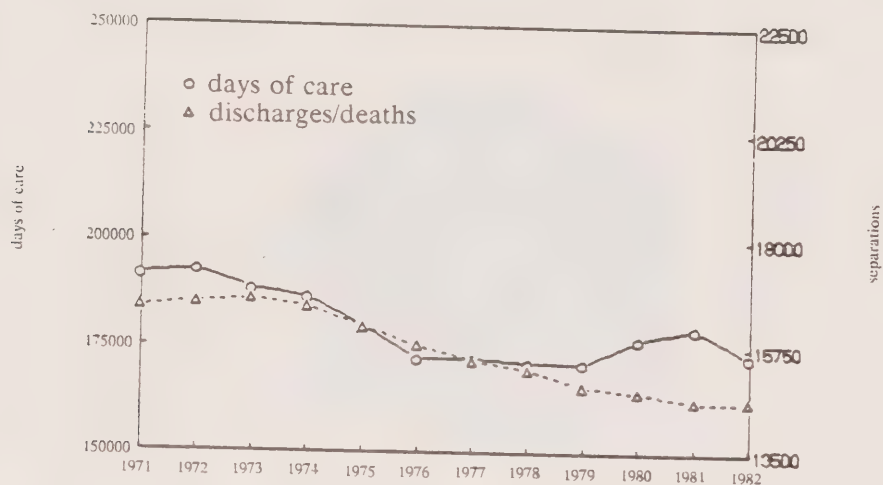
Source: Statistics Canada

**Figure 9**  
Nombre de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants,  
selon la province, en 1987



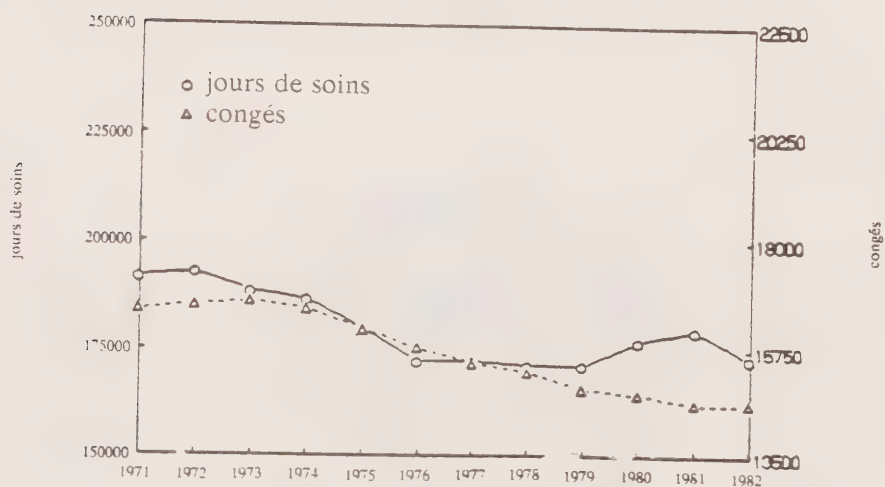
Source: Statistique Canada

**Figure 10**  
Hospital indicators per 100,000  
persons, Canada, 1971 to 1982-83



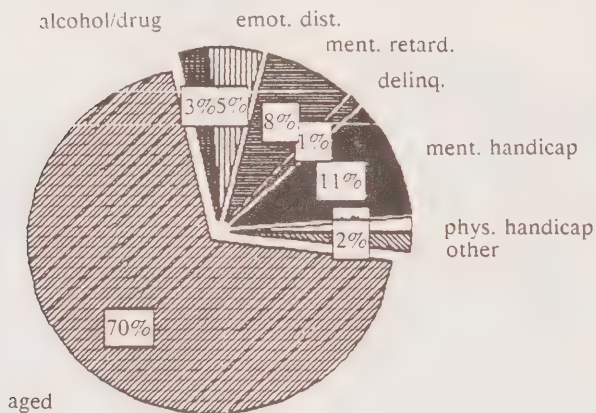
Source: Statistics Canada

**Figure 10**  
Indicateurs d'hospitalisation par 100 000 habitants.  
au Canada, de 1971 à 1982-1983



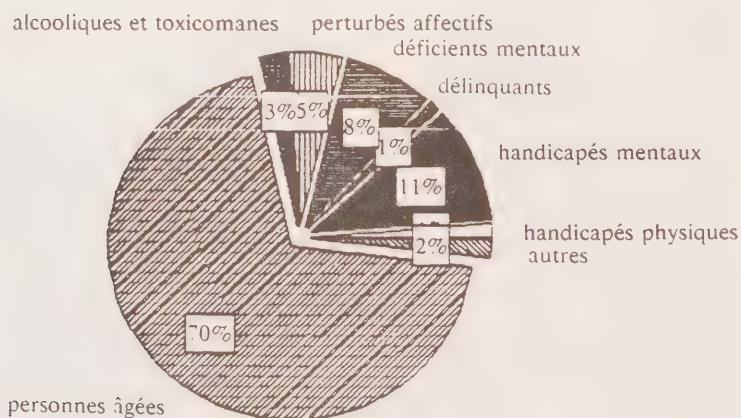
Source: Statistique Canada

**Figure 11**  
Beds in residential care facilities  
by principal characteristic, 1983-84



Source: Statistics Canada

**Figure 11**  
Lits des établissements de soins, selon la spécialisation  
principale de l'établissement, en 1983-1984

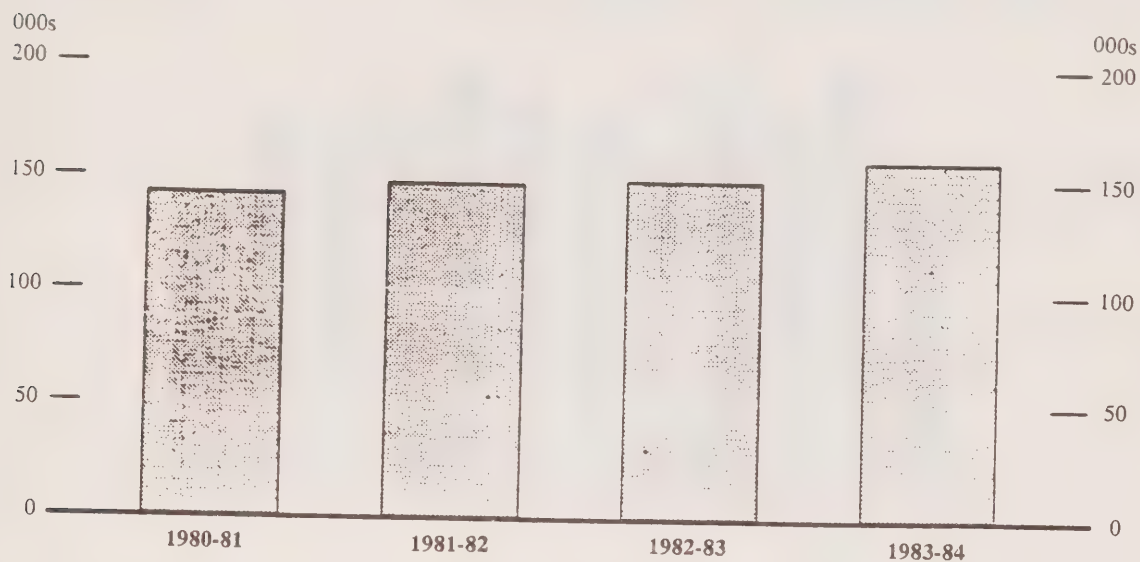


Source: Statistique Canada



**Figure 12**

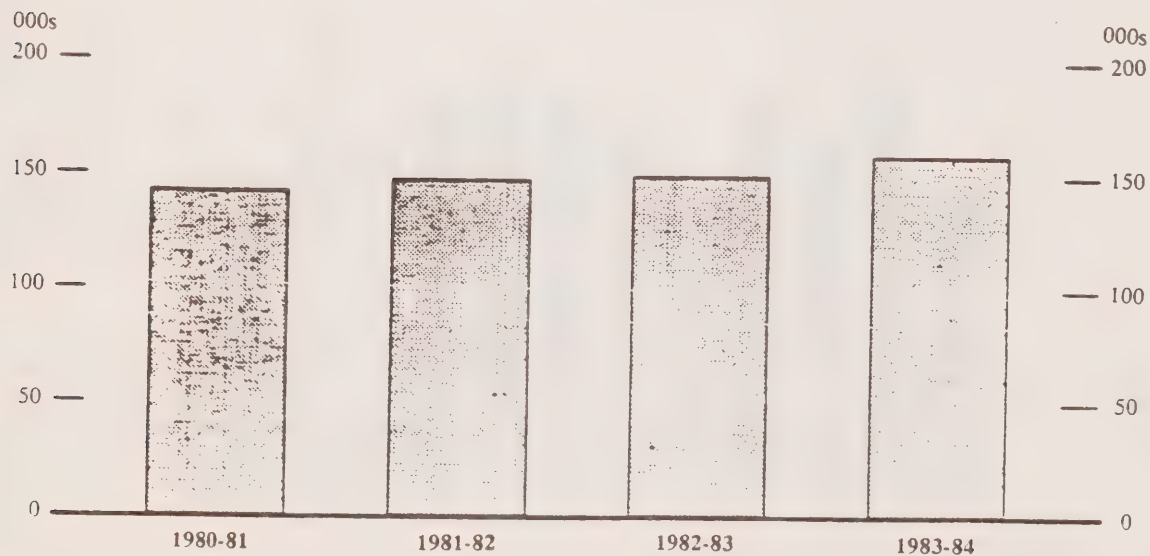
Number of approved Beds in Residential Care Facilities for the Aged in Canada, 1980-81 to 1983-84



Source: Statistics Canada

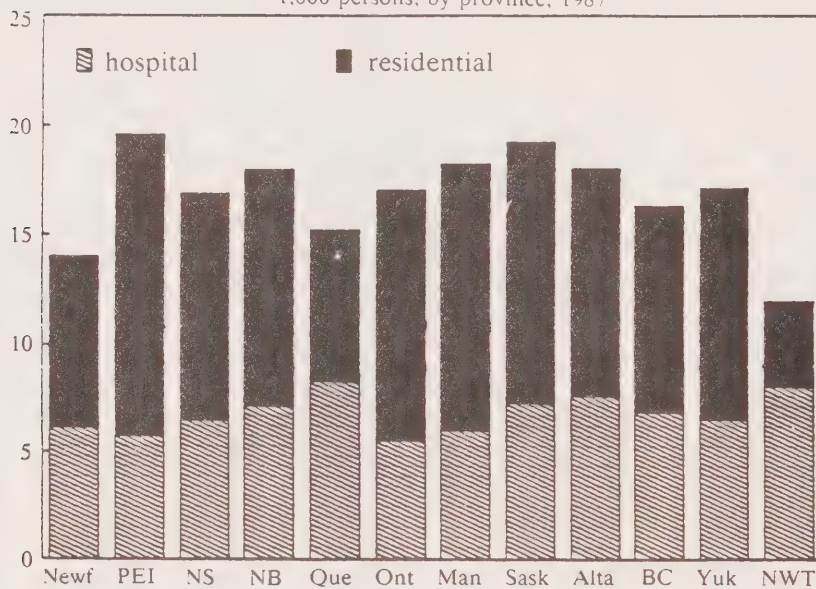
**Figure 12**

Nombre de lits approuvés dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes pour personnes âgées au Canada, 1980-81 à 1983-84



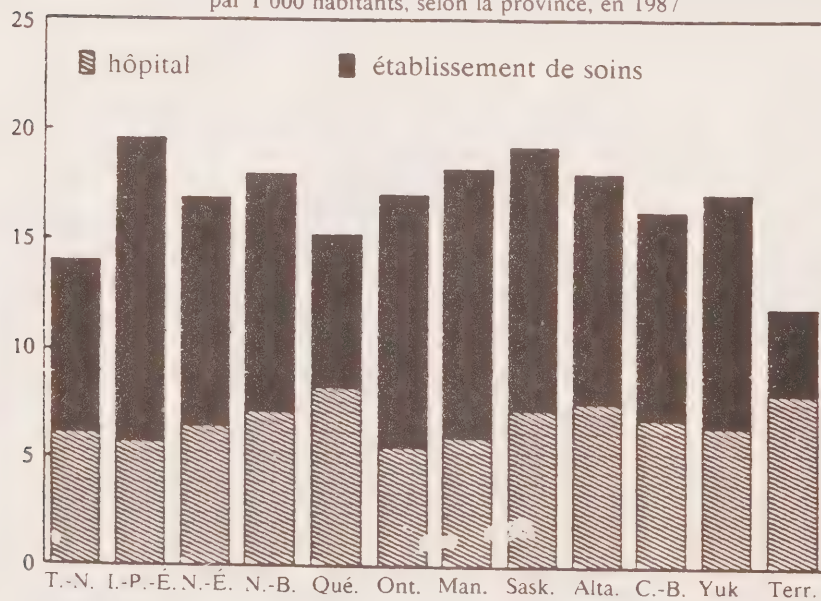
Source: Statistique Canada

**Figure 13**  
Hospital and residential beds per  
1,000 persons, by province, 1987



Source: Statistics Canada

**Figure 13**  
Lits dans les hôpitaux et les établissements de soins résidentiels  
par 1 000 habitants, selon la province, en 1987



Source: Statistique Canada

150,000 approved beds in more than 4,000 residential facilities for aged in Canada.

The availability of residential beds varies by province. Figure 13 shows the availability of both approved residential and hospital beds by province.

### Health care manpower

Health care is important to Canadians, not only in terms of preventing and treating illness, but also as a large and crucial component of our economy. Direct health care expenditure in 1985 of approximately \$40 billion represents 8.62% of Canada's gross national product.

Approximately 400,000 Canadians work in the health care system. This is approximately 4% of the Canadian labour force. An additional 3-4% work indirectly for the health care system. For example, in 1984-85 hospitals reported having 327 million kilograms of laundry, 41% of which was sent out to outside laundries. During this same period, hospitals reported preparing food for more than 70 million "meal days" and purchasing food prepared outside the hospital for an additional 4 million meal days.

There was rapid growth in the availability of physicians during the 1960's. Some researchers have commented that the failure of the health care system to become more flexible and to make greater use of other occupations was the result of over-building the physician supply and thereby locking in significant amounts of money for physician remuneration and for hospital beds. Whether this is true or not, the supply of physicians increased at a far greater rate than did the population through this period.

In 1961 there was one physician for every 857 Canadians. The range in availability was 1:758 in BC to 1:1,990 in Newfoundland. By 1984 the availability had increased to one physician for every 506 persons. The high was 1:476 in Québec to a low of 1:803 in PEI. Generally speaking, this ratio is lowest in the Atlantic provinces. It should be noted, however, that the Atlantic region has, nonetheless, seen large percentage increases in physician availability. Shortages in some medical specialties persist throughout Canada, but are most pronounced in the Atlantic region.

Some provinces have attempted to exercise control over the growth in physician manpower. Ontario has reduced (and is scheduled to continue reduction) in residency positions for physicians taking specialty training in all but two specialty areas. British Columbia has attempted to limit the availability of billing numbers for physicians.

Nursing is the largest occupational group in the Canadian health care system, with 113 persons for each nurse registered in Canada. A rapid increase in the 1960s

de 150 000 lits approuvés dans plus de 4 000 établissements résidentiels pour personnes âgées au Canada.

Le nombre de lits de soins en établissement varie selon la province. La répartition des lits approuvés dans les établissements de soins et les hôpitaux, selon la province, est illustré à la figure 13.

### Les professionnels de la santé

Les soins de santé sont très importants pour les Canadiens, non seulement des points de vue de la prévention et du traitement de la maladie, mais également sur le plan économique. En effet, les dépenses directes en soins de santé ont atteint environ 40 milliards de dollars en 1985, ce qui représente 8.62 % du produit national brut du Canada.

Près de 400 000 Canadiens travaillent dans le réseau des soins de santé, soit approximativement 4 % de la population active du Canada. De plus, 3 % de la main-d'oeuvre active occupe un emploi directement lié aux services de santé. À titre d'exemple, en 1984-1985, les hôpitaux ont indiqué avoir lavé 327 millions de kilogrammes de linge, dont 41 % a été confié à des blanchisseries privées. Au cours de la même période, les hôpitaux ont préparé plus de 70 millions de jours-repas et en ont acheté 4 millions de l'entreprise privée.

Le nombre de médecins a, par ailleurs, augmenté rapidement au cours des années '60. D'après certains chercheurs, les médecins étant en surnombre, la structure du réseau de soins de santé ne s'est pas assouplie et on n'a pas davantage recouru aux services d'autres professionnels de la santé; par conséquent, la rémunération des médecins et le coût des lits d'hôpitaux ont monopolisé une grande partie des fonds disponibles. Quoi qu'il en soit, l'offre de médecins a augmenté à un rythme bien supérieur à celui de la population durant cette période.

En 1961, on comptait un médecin pour 857 Canadiens. Les taux s'établissaient entre 1:758 en Colombie-Britannique et 1:1990 à Terre-Neuve. À compter de 1984, la proportion était passée à un médecin pour 506 personnes. Le taux maximal de 1:476 était enregistré au Québec et le taux minimal de 1:803 à l'Île-du-Prince-Édouard. En règle générale, la proportion la plus faible se retrouve dans les Maritimes. Il convient toutefois de signaler qu'on y a constaté une forte augmentation du pourcentage de médecins. Des pénuries persistent néanmoins dans certaines spécialités partout au Canada, mais sont plus marquées dans cette région.

Certaines provinces ont déjà tenté de limiter l'augmentation du nombre de médecins. L'Ontario a réduit (et doit continuer à le faire) le nombre de postes de résidents dans toutes les spécialités sauf deux. La Colombie-Britannique a tenté de continger l'octroi de numéros de facturation des médecins.

Ce sont les infirmières qui constituent le groupe professionnel le plus important du réseau de soins de santé canadien puisqu'on compte une infirmière autorisée



has slowed. Nursing may be undergoing a significant change in its basic nature with increased professionalization and specialization. In the decade ending 1984 there was a 33% increase in the number of nurses, however, there was a 100% increase in baccalaureate graduates.

For many other health professions, there have been increases in availability. In 1974, for example, there was one active dentist for every 2,659 persons in Canada. By 1984 the ratio was one dentist to 2,001 persons. The availability of dental hygienists during this same period was far more pronounced, increasing from one per 16,570 to one per 4,753 persons. These, and other occupations are shown in table 2. Continuing problems in the geographic distribution of health care workers have been reported, with rural and remote areas experiencing shortages in some types of personnel.

### The health of Canadians

One measure of the health of Canadians is that of life expectancy. Life expectancy at birth for males is approximately 73 years and for females approximately 80 years. As can be seen in figure 14, there has been continuing increase in life expectancy.

For females in Canada, the three leading causes of death are: heart disease (200 per 100,000 population per year), cancer (162 per 100,000 population per year), and cerebrovascular diseases (62 per 100,000 population per year). For males, the leading causes of death are: heart disease (262 per 100,000), cancer (204 per 100,000) and accidents (75 per 100,000). It has become increasingly clear that lifestyle is a contributing factor to these diseases. Increased emphasis by health professionals and increased public awareness may well reduce mortality from these causes.

A recent report completed as part of an Ontario health system review examined health status indicators.<sup>1</sup> Findings reported for Ontario were similar to those for Canada as a whole. In the words of the authors:

1. Panel on Health Goals for Ontario. Health for All Ontario, 1987.

pour 113 habitants au Canada. Le rythme accéléré de l'augmentation enregistrée dans les années '60 a cependant ralenti. Étant donné une professionnalisation et une spécialisation accrues, une transformation majeure de la nature des soins infirmiers semble s'opérer. Au cours de la décennie qui s'est terminée en 1984, le nombre d'infirmiers et d'infirmières a augmenté de 33 % et le nombre de titulaires de baccalauréat a connu une hausse de 100 %.

Dans le cas des autres professionnels de la santé, des augmentations ont également été notées. En 1974, par exemple, on comptait un dentiste actif pour 2 659 Canadiens. En 1984, la proportion était d'un dentiste pour 2 001 personnes. Le nombre d'hygiénistes dentaires s'est accru de façon beaucoup plus nette au cours de la même période, passant de 1 pour 16 570 personnes à 1 pour 4 753. Vous trouverez des données relatives à cette profession et à d'autres professions du domaine de la santé au tableau 2. On a noté des problèmes persistants liés à la répartition géographique des professionnels de la santé, c'est-à-dire des pénuries dans toutes les catégories de personnel dans les régions rurales et éloignées.

### L'état de santé des Canadiens

L'espérance de vie est l'un des indicateurs de la santé des Canadiens. Dans le cas des hommes, l'espérance de vie à la naissance est d'à peu près 73 ans et celle des femmes d'environ 80 ans. Comme on peut le constater à la figure 14, la durée de vie moyenne n'a cessé d'augmenter.

Les trois principales causes de mortalité des Canadiennes sont : les maladies cardiaques (200 sur 100 000 personnes annuellement), le cancer (162 sur 100 000) et les accidents cérébro-vasculaires (62 sur 100 000). Chez les hommes, les principales causes de décès sont : les maladies cardiaques (262 sur 100 000), le cancer (204 sur 100 000) et les accidents (75 sur 100 000). Il est apparu de plus en plus clairement au cours des années que le mode de vie était l'un des facteurs à l'origine de ces maladies. La sensibilisation à ce problème et l'importance qui y sera accordée par les professionnels de la santé pourra aider à réduire le nombre de décès imputables à ces causes.

Dans un rapport récemment publié dans le cadre d'une étude relative au réseau de soins de santé en Ontario, différents indicateurs de santé ont été analysés.<sup>1</sup> Les conclusions tirées étaient les mêmes pour l'Ontario que pour l'ensemble du Canada. Selon les auteurs :

1. La santé pour tout l'Ontario, rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, 1987.

Table 2  
Number of Selected Health Personnel and  
(Population per Selected Health Personnel)  
Canada, 1974-1984

Occupation	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Physicians <sup>1</sup>	37,297 (605)	39,104 (585)	40,130 (577)	41,398 (566)	42,238 (560)	43,192 (554)	44,275 (547)	45,542 (538)	47,384 (523)	48,860 (512)	49,916 (506)
Nurses <sup>2</sup>	186,845 (134)	200,378 (129)	206,086 (129)	214,032 (125)	220,996 (117)	225,779 (124)	232,820 (119)	239,338 (119)	242,564 (115)	247,294 (115)	248,427 (113)
Dentists <sup>3</sup>	8,487 (2,659)	8,738 (2,619)	9,401 (2,463)	10,058 (2,328)	10,451 (2,262)	10,763 (2,222)	11,095 (2,183)	11,484 (2,134)	11,880 (2,086)	12,271 (2,039)	12,624 (2,001)
Dental Hygienists	1,362 (16,570)	1,566 (14,613)	1,929 (12,005)	2,500 (9,337)	3,180 (7,435)	4,327 (6,978)	3,862 (6,272)	4,125 (5,942)	4,520 (5,483)	4,919 (5,087)	5,315 (4,753)
Audiologists/ Speech Therapists <sup>4</sup>	850 (26,551)	973 (23,519)	1,074 (22,119)	1,203 (19,466)	1,203 (19,223)	1,324 (18,060)	1,440 (16,820)	1,633 (15,010)	1,809 (13,700)	1,803 (13,878)	1,903 (13,275)
Dieticians <sup>5</sup>	2,119 (10,651)	2,443 (9,367)	2,654 (8,726)	2,814 (8,322)	2,968 (7,966)	3,164 (7,557)	4,000 (6,055)	4,191 (5,849)	4,287 (5,781)	4,304 (5,814)	4,433 (5,699)
Medical Laboratory Technologists	14,327 (1,575)	15,405 (1,485)	16,368 (1,415)	17,149 (1,366)	17,048 (1,387)	17,629 (1,356)	18,271 (1,326)	18,649 (1,314)	18,670 (1,327)	18,494 (1,353)	18,787 (1,345)
Occupational Therapists <sup>6</sup>	1,294 (17,441)	1,312 (17,442)	1,505 (15,388)	1,562 (14,992)	1,572 (15,041)	— —	— —	1,852 (13,235)	1,962 (12,631)	2,144 (11,671)	2,310 (10,936)
Active <sup>7</sup> Physiotherapists	2,991 (7,546)	3,260 (7,020)	3,591 (6,449)	3,662 (6,395)	3,673 (6,437)	3,945 (6,061)	4,187 (5,785)	4,453 (5,505)	4,536 (5,464)	4,886 (5,121)	5,350 (4,722)
Chiropractors	1,506 (14,986)	1,763 (12,980)	1,700 (13,623)	1,899 (12,331)	2,046 (11,556)	2,183 (10,954)	2,267 (10,684)	2,412 (10,162)	2,543 (9,745)	2,687 (9,312)	2,804 (9,009)
Radiation Technologists	6,957 (3,244)	7,652 (2,991)	8,012 (2,890)	8,544 (2,741)	8,751 (2,702)	9,064 (2,638)	9,464 (2,559)	9,660 (2,537)	9,357 (2,649)	9,577 (2,613)	9,805 (2,576)

Note: 1 includes interns and residents

2 registered in Canada

3 active in the profession

4 active specialists

5 members of the Canadian Dietetic Association

6 number of employed occupational therapists

7 number of active members of Canadian Physiotherapist Association

Source: Health and Welfare Canada (1985), *Canada Health Manpower Inventory*, Ottawa

**Tableau 2**  
**Nombre de professionnels de la santé dans certaines professions**  
**et ratio population/spécialistes**  
**Canada, 1974-1984**

Occupation	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Médecins <sup>1</sup>	37,297 (605)	39,104 (585)	40,130 (577)	41,398 (566)	42,238 (560)	43,192 (554)	44,275 (547)	45,542 (538)	47,384 (523)	48,860 (512)	49,916 (506)
Infirmières <sup>2</sup>	186,845 (134)	200,378 (129)	206,086 (129)	214,032 (125)	220,996 (117)	225,779 (124)	232,820 (119)	239,338 (119)	242,564 (115)	247,294 (115)	248,427 (113)
Dentistes <sup>3</sup>	8,487 (2,659)	8,738 (2,619)	9,401 (2,463)	10,058 (2,328)	10,451 (2,262)	10,763 (2,222)	11,095 (2,183)	11,484 (2,134)	11,880 (2,086)	12,271 (2,039)	12,624 (2,001)
Hygiénistes dentaires	1,362 (16,570)	1,566 (14,613)	1,929 (12,005)	2,500 (9,337)	3,180 (7,435)	4,327 (6,978)	3,862 (6,272)	4,125 (5,942)	4,520 (5,483)	4,919 (5,087)	5,315 (4,753)
Audiologistes/ orthophonistes <sup>4</sup>	850 (26,551)	973 (23,519)	1,074 (22,119)	1,203 (19,466)	1,203 (19,223)	1,324 (18,060)	1,440 (16,820)	1,633 (15,010)	1,809 (13,700)	1,803 (13,878)	1,903 (13,275)
Diététiciens <sup>5</sup>	2,119 (10,651)	2,443 (9,367)	2,654 (8,726)	2,814 (8,322)	2,968 (7,966)	3,164 (7,557)	4,000 (6,055)	4,191 (5,849)	4,287 (5,781)	4,304 (5,814)	4,433 (5,699)
Technologistes de laboratoire médical	14,327 (1,575)	15,405 (1,485)	16,368 (1,415)	17,149 (1,366)	17,048 (1,387)	17,629 (1,356)	18,271 (1,326)	18,649 (1,314)	18,670 (1,327)	18,494 (1,353)	18,787 (1,345)
Ergothérapeutes <sup>6</sup>	1,294 (17,441)	1,312 (17,442)	1,505 (15,388)	1,562 (14,992)	1,572 (15,041)	— —	— —	1,852 (13,235)	1,962 (12,631)	2,144 (11,671)	2,310 (10,936)
Physiothérapeutes <sup>7</sup> en exercice	2,991 (7,546)	3,260 (7,020)	3,591 (6,449)	3,662 (6,395)	3,673 (6,437)	3,945 (6,061)	4,187 (5,785)	4,453 (5,505)	4,536 (5,464)	4,886 (5,121)	5,350 (4,722)
Chiropraticiens	1,506 (14,986)	1,763 (12,980)	1,700 (13,623)	1,899 (12,331)	2,046 (11,556)	2,183 (10,954)	2,267 (10,684)	2,412 (10,162)	2,543 (9,745)	2,687 (9,312)	2,804 (9,009)
Techniciens en radiation médicale	6,957 (3,244)	7,652 (2,991)	8,012 (2,890)	8,544 (2,741)	8,751 (2,702)	9,064 (2,638)	9,464 (2,559)	9,660 (2,537)	9,357 (2,649)	9,577 (2,613)	9,805 (2,576)

Nota: <sup>1</sup> comprend les internes et les résidents

<sup>2</sup> inscrits au Canada

<sup>3</sup> en exercice

<sup>4</sup> en exercice

<sup>5</sup> membres de l'Association canadienne de diététique

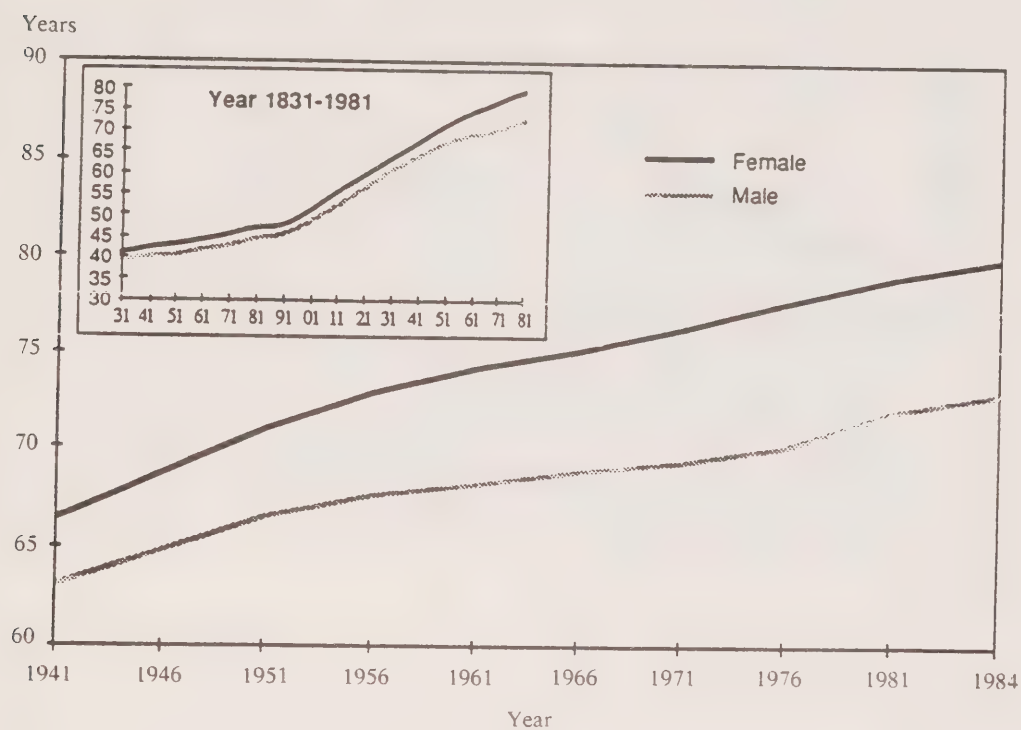
<sup>6</sup> nombre d'ergothérapeutes en exercice

<sup>7</sup> nombre de membres de l'Association canadienne de physiothérapie en exercice

Source: Santé et Bien-être social Canada (1985), Répertoire de la main d'oeuvre sanitaire au Canada, Ottawa

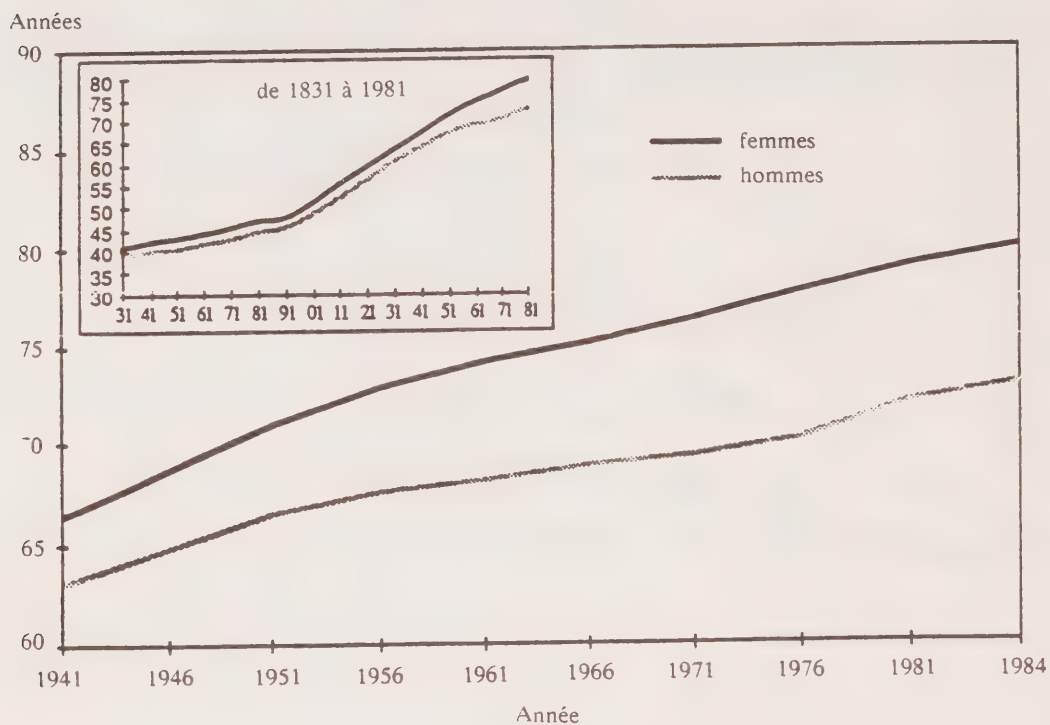


Figure 14  
Life Expectancy at Birth  
By Sex, Canada, 1941-1984



Source: Institute for Health Care Facilities of the Future

**Figure 14**  
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe,  
au Canada, de 1941 à 1984



Source: L'institut pour l'établissement de santé de l'avenir

Compared to most parts of the world, Ontario is fortunate in having a healthy population, with respect to life expectancy and frequency of illness and disability. Our mortality rates are among the lowest in the world, as is our infant mortality rate. Our life expectancy is correspondingly high, although lower than that of Japan and some European countries.

But this situation is not without exception. The Committee was informed of the existence of groups in Canada with relatively poor health status. The needs of aboriginal peoples for improvement in health status is a glaring example of health inequities in Canadian society.

In a major policy paper, Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion, the Minister of National Health and Welfare, the Hon. Jake Epp, indicated how Canada might establish health promotion as a cornerstone to public health policy. But there is much room for improvement. For example, most adult Canadians of all age groups lead sedentary lives. And, while the proportion of regular cigarette smokers has been declining sharply, 30% of men and 25% of women still report regular smoking. And despite having an accessible health care system, health status differences between rich and poor persist.

One recent cause of concern among health professionals is spread of AIDS. At present only prevention of AIDS offers hope of reducing mortality associated with this disease. Although the number of cases is still relatively small, the frequency of reported cases has been more than doubling each year.

#### Demographic change

The ageing of the Canadian population has been of concern to many health care planners. The elderly are among the heaviest users of health care services and this has raised questions about our capacity to continue to afford the high quality of care now available to Canadians.

Currently, approximately 11% of Canadians are ages 65 and older. By the year 2021 this proportion will have increased to 18%. But within this population of older Canadians, the proportion at the oldest ages are increasingly at an even faster rate (see figure 15). This shift in the age structure in Canada will have implications for health service use and the costs associated with this use.

While most Canadians over age 65 still live in the community, as the population ages, the likelihood of institutional placement increases. As can be seen in figure 16, older seniors have higher rates of institutional placement.

L'Ontario, par bonheur, a une population saine, par comparaison à la plupart des régions du monde, en termes d'espérance de vie et de fréquence des maladies et d'invalidité. Nos taux de mortalité sont parmi les plus faibles au monde tout comme notre taux de mortalité infantile. Notre espérance de vie est donc élevée, moins toutefois que celle des Japonais ou des habitants de certains pays d'Europe.

Cette règle n'est cependant pas sans exception. On a signalé au Comité l'existence de groupes qui ne jouissent pas d'une très bonne santé. Le cas des autochtones est, notamment, un exemple probant des inégalités qui existent dans la société canadienne.

Dans un important document d'orientation intitulé La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Jake Epp, a indiqué quelle démarche pourrait suivre le Canada pour faire de la promotion de la santé la pierre angulaire de la politique en matière de santé publique. Il reste évidemment beaucoup de chemin à parcourir. Par exemple, au Canada, la majeure partie des adultes de tous les groupes d'âge mènent des vies sédentaires. De plus, en dépit d'une baisse continue et sensible de la proportion de fumeurs de cigarettes, 30 % des hommes et 25 % des femmes déclarent fumer régulièrement. Ainsi, même si nous possédons un réseau de soins de santé accessible à tous, il existe toujours un écart entre l'état de santé des riches et celui des pauvres.

Chez les professionnels de la santé, la propagation du SIDA est un important sujet de préoccupation. À l'heure actuelle, seule la prévention peut réduire le taux de mortalité imputable à cette maladie. Le nombre de cas signalés est encore assez restreint, mais est plus du double chaque année.

#### L'évolution démographique

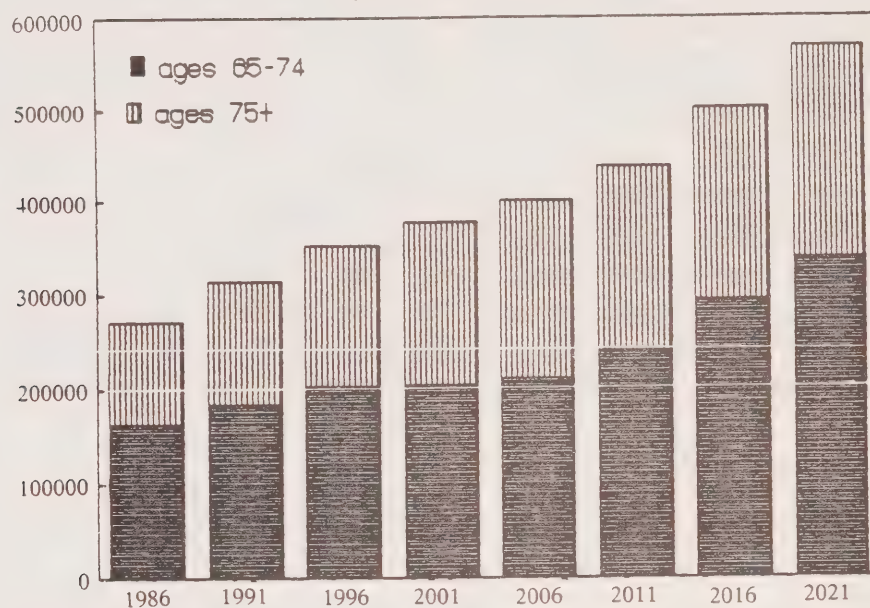
Le vieillissement de la population canadienne préoccupe de nombreux planificateurs dans le domaine des soins de santé. En effet, les personnes âgées sont les plus grands utilisateurs de services de soins de santé et cette constatation a fait naître le doute sur notre capacité de continuer à offrir des services de qualité égale à ceux auxquels les Canadiens ont présentement accès.

À l'heure actuelle, à peu près 11 % des Canadiens sont âgés de 65 ans et plus. D'ici l'an 2021, ce pourcentage passera à 18 %. En outre, la proportion des personnes les plus âgées au sein du groupe de personnes âgées augmente encore plus rapidement que les autres (voir figure 15). Cette variation de la structure par âge du Canada aura des répercussions sur l'utilisation des services de santé et leur coût.

Bien que la plupart des Canadiens âgés de 65 ans et plus sont encore autonomes, le vieillissement de la population augmente la probabilité du placement en institution. Comme on peut le voir à la figure 16, le taux de placement est plus élevé chez les personnes les plus âgées.

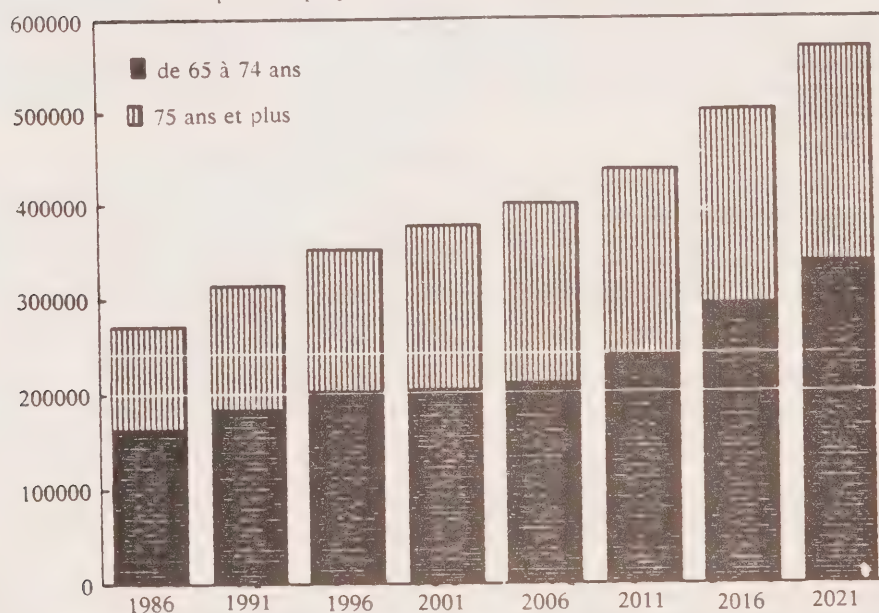


**Figure 15**  
Projected population ages 65 +



Source: Woods Gordon

**Figure 15**  
Composition projetée de la population âgée de 65 ans et plus



Source: Woods Gordon

Figure 16  
Living arrangements by age,  
as a percentage, Canada, 1986

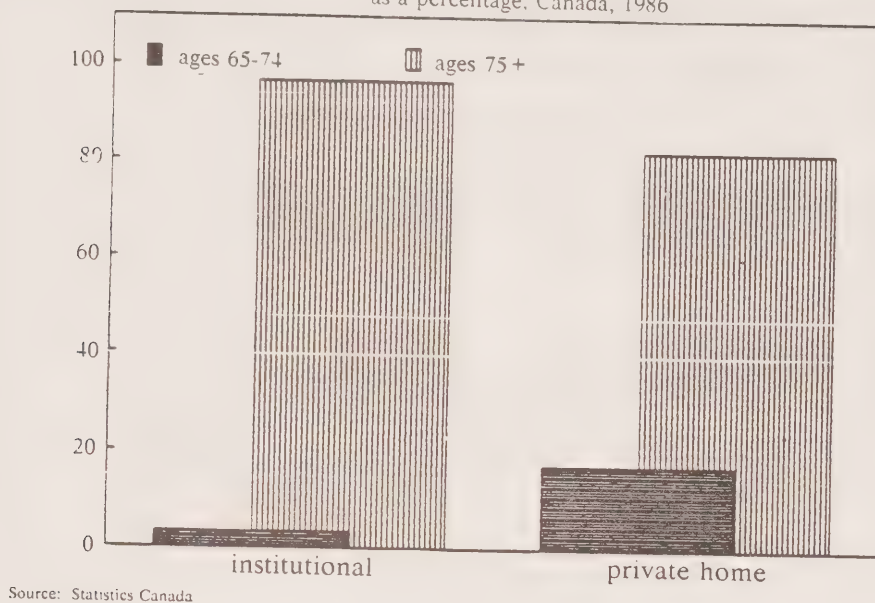


Figure 16  
Conditions de logement, selon l'âge, en pourcentage,  
au Canada, en 1986

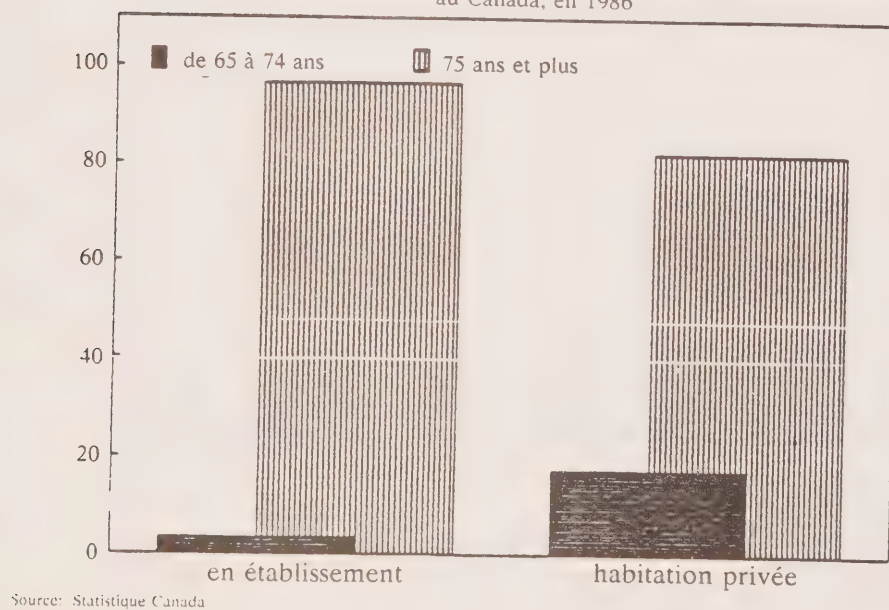
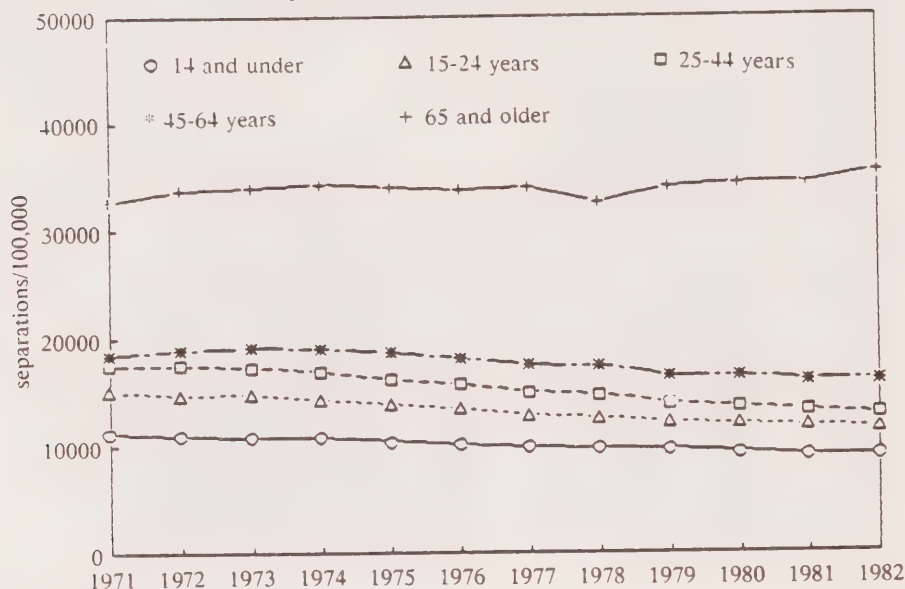
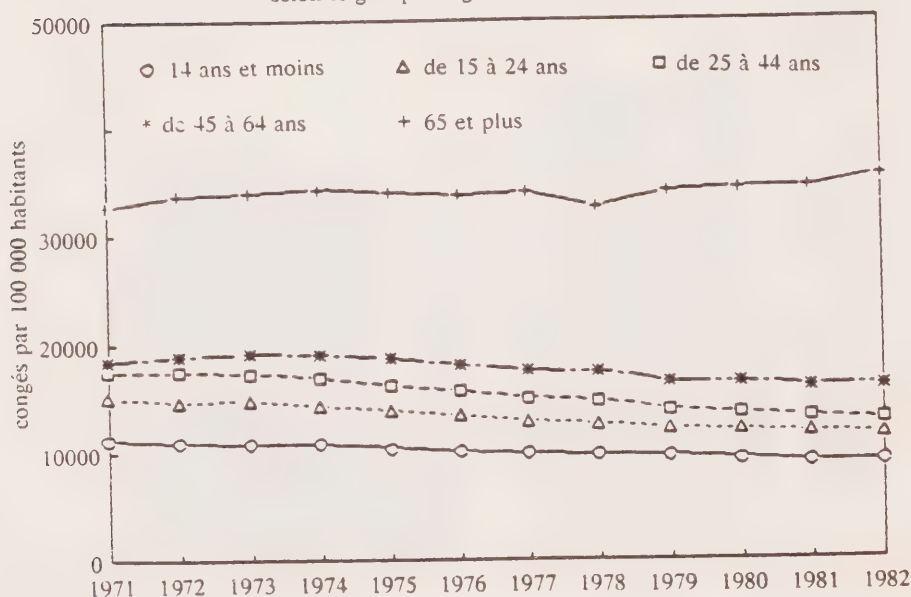


Figure 17  
Hospital separations per 100,000  
persons, by age group, 1971 to 1982-83



Source: Statistics Canada

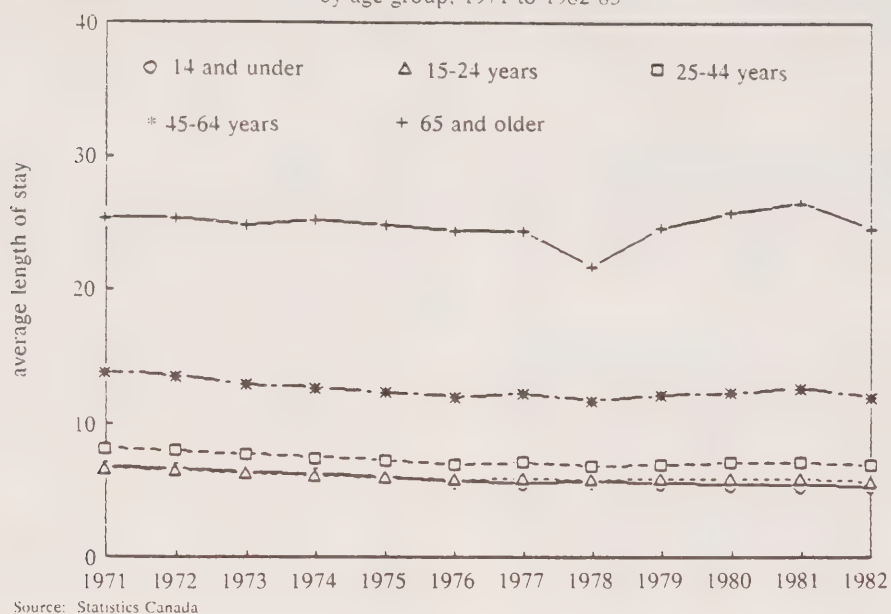
Figure 17  
Congés après hospitalisation par 100 000 habitants,  
selon le groupe d'âge, de 1971 à 1982-1983



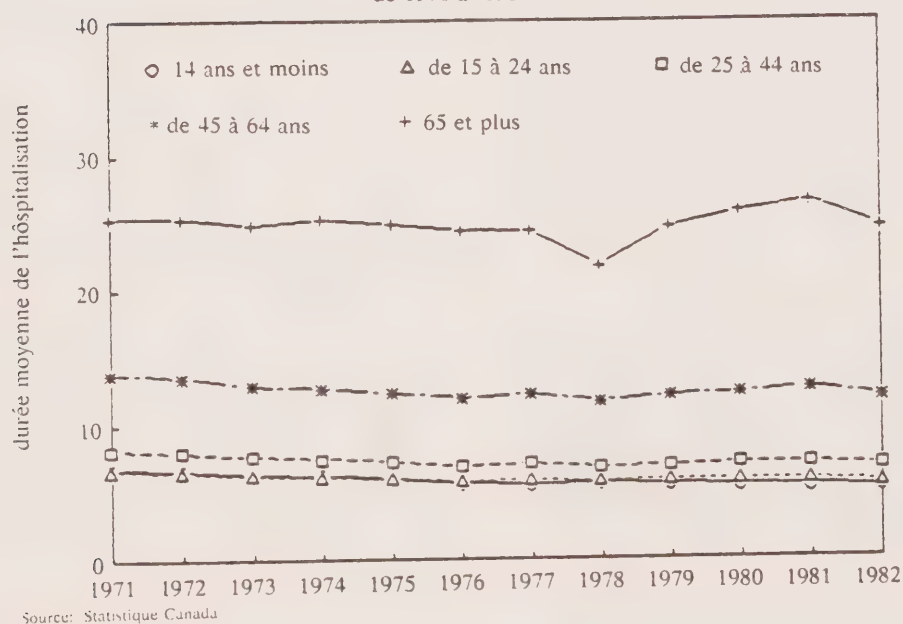
Source: Statistique Canada



**Figure 18**  
Hospital length of stay  
by age group, 1971 to 1982-83



**Figure 18**  
Durée de l'hospitalisation, selon le groupe d'âge,  
de 1971 à 1982-1983



Older Canadians are far more likely to be admitted to hospital than are younger Canadians. As can be seen in figure 18, unlike all other age groups, Canadians ages 65+ have not had reductions in the likelihood of becoming hospitalized. For those who are hospitalized, older Canadians have significantly longer stays in hospital (see figure 18).

It is this increased use of hospital services by the elderly that causes concern among many health planners. The OECD estimates total health care costs to rise in Canada in the 50 years 1980 to 2030 by 90%, for a per capita increase of 34% (see table 3). The OECD says of this rise:

From an individual country perspective, over the entire 50-year period, Australia, Canada, Denmark, Finland, Japan, the Netherlands, New Zealand, Switzerland and the United States could be facing significant new financing burdens on the basis of population ageing alone, as per capita health expenditures could increase in excess of 15 per cent, or at compound rates of over 0.3 percentage point per year. The financial implications would appear to be the largest for Canada, Finland and Japan.<sup>2</sup>

The dependency ratio is an index of the burden placed on the labour force by the society's age structure. It is the ratio of those under 15 years of age plus those over 64 years of age to those ages 15 through 64, expressed as a percent. The dependency ratio for Canada, which was 48.13 in 1980, is expected to rise to 66.48 by 2030. Thus, the higher per capita health care costs projected by 2030 would be carried by a proportionally smaller labour force. The OECD report goes on to explain that Canada, Finland, Luxembourg and Switzerland face the largest increases in the aged dependency ratio during this same period. Thus, the relative size of the productive population will decrease.

### The coming agenda

It was the intention of the Standing Committee on National Health and Welfare to provide some basic information on the Canadian health care system to serve as background to the Committee's ongoing study of health care in Canada. These facts have helped to identify some of the issues which should be addressed by governments, health care practitioners and the Canadian public, if our health care system is to continue to provide high quality care at a cost Canadian society can afford.

Les risques d'hospitalisation sont beaucoup plus élevés chez les Canadiens âgés que chez les jeunes. Comme l'illustre la figure 18, contrairement à tous les autres groupes d'âge, il n'y a pas eu de réduction de la probabilité d'hospitalisation chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus. De plus, les personnes âgées séjournent beaucoup plus longtemps que les autres à l'hôpital (voir figure 18).

Cette augmentation de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées inquiètent les planificateurs du domaine de la santé. D'après l'OCDE, le coût total des soins de santé au Canada, au cours du cinquantenaire de 1980 à 2030, augmentera de 90 %, ce qui représente une hausse par habitant de 34 % (voir tableau 3). L'OCDE commente ainsi ce phénomène :

Si on examine la situation pays par pays, sur l'ensemble de ces cinquante années, l'Australie, le Canada, le Danemark, la Finlande, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Suisse et les États-Unis auraient à supporter une aggravation importante de leur charge financière par suite du seul vieillissement de leur population, la dépense de santé par habitant y progressant de plus de 15 %, soit un taux annuel composé de plus de 0.3 %. C'est pour le Canada, la Finlande et le Japon que des problèmes de financement semblent devoir être les plus importants.<sup>2</sup>

Le ratio de dépendance fournit l'indice du fardeau imposé à la main-d'oeuvre active par la structure d'âge de la société. Il s'agit du nombre des personnes de moins de 15 et de plus de 64 ans par rapport à celui des personnes de 15 à 64 ans, exprimé en pourcentage. Le ratio de dépendance qui était de 48.13 au Canada en 1980 devrait atteindre 66.48 d'ici 2030. Par conséquent, les coûts élevés des soins de santé par habitant prévus pour 2030 seront assumés par une main-d'oeuvre proportionnellement plus restreinte. Dans le rapport de l'OCDE, on ajoute que le Canada, la Finlande, le Luxembourg et la Suisse enregistreront de fortes augmentations du ratio de dépendance au cours de la période visée. La taille relative de la population productive diminuera donc.

### Les questions à débattre

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social a recueilli certains renseignements sur le réseau de soins de santé au Canada, qui serviront de données de base à son étude suivie sur le sujet. Ces données ont permis de relever les questions auxquelles devraient s'intéresser les gouvernements, les professionnels de la santé et le public canadien pour que notre réseau puisse continuer à offrir des services de très haute qualité à un coût abordable pour la société canadienne.

2. OECD, Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries, 1987

2. L'OCDE, La santé : financement et prestations. Analyse comparée des pays de l'OCDE, 1987.

**TABLE 3**  
Health expenditures by age and growth in spending,  
by 2010 and 2030.

Country	ratio of spending on those over 65 to under 65	Total	Percentage increase in spending			
			1980 - 2010	1980 - 2030	1980 - 2010	1980 - 2030
			Per Capita	Total	Per Capita	Total
Australia	4.9	50	9	99	24	
Belgium	1.7	-1	1	-1	4	
<b>CANADA</b>	<b>4.5</b>	<b>46</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>34</b>	
Denmark	4.1	-4	5	-4	17	
Finland	5.5	18	14	30	35	
France	2.4	11	3	16	9	
Germany	2.6	-3	6	-10	13	
Ireland	4.5	22	1	41	10	
Italy	2.2	1	4	-3	9	
Japan	4.8	40	27	36	31	
Netherlands	4.5	17	9	32	29	
New Zealand	4.2	31	6	62	24	
Sweden	5.5*	2	3	11	14	
Switzerland	3.6*	16	13	20	26	
United Kingdom	4.3	2	0	15	10	
United States	3.9*	27	3	56	18	
Average	4.0	17	7	31	19	
Compound annual rate of growth		0.52	0.22	0.54		0.35

Source: OECD, *Financing and Delivering Health Care; A Comparative Analysis of OECD Countries*, 1987.

\* Ratio of total health spending of those aged 65 and over to those below age 65. For other countries the ratio reflects public spending only.



TABLEAU 3

Dépenses de santé par classe d'âge et progression de la dépense jusqu'en 2010 et 2030.

<u>Pays</u>	<u>Rapport de la dépense de santé par habitant entre la population âgée de 65 ans ou plus et celle de</u>	<u>Total</u>	<u>Pourcentage de progression et de la dépense par habitant</u>			
			<u>1980 - 2010</u>	<u>1980 - 2030</u>	<u>Total</u>	<u>Per Capita</u>
Australie	4.9	50	9	99	24	
Belgique	1.7	-1	1	-1	4	
CANADA	4.5	46	13	90	34	
Danemark	4.1	-4	5	-4	17	
Finlande	5.5	18	14	30	35	
France	2.4	11	3	16	9	
Allemagne	2.6	-3	6	-10	13	
Irlande	4.5	22	1	41	10	
Italie	2.2	1	4	-3	9	
Japon	4.8	40	27	36	31	
Pays-Bas	4.5	17	9	32	29	
Nouvelle-Zélande	4.2	31	6	62	24	
Suède	5.5*	2	3	11	14	
Suisse	3.6*	16	13	20	26	
Royaume-Uni	4.3	2	0	15	10	
États-Unis	3.9*	27	3	56	18	
Moyenne	4.0	17	7	31	19	
Taux de progression annuel composé		0.52	0.22	0.54	0.35	

Source: OCDE, *La santé: financement et prestation. Analyse comparée des pays de l'OCDE, 1987.*

\* Rapport de la dépense totale de santé par habitant entre les personnes âgées de 65 ans ou plus et celles de moins de 65 ans. Dans les autres pays, il s'agit uniquement de la dépense publique.

It is not the intention of the Committee to provide a comprehensive list of the issues brought before it or of the recommendations made by witnesses. The following is intended to provide a sketch of the main issues and to provide some orientation to the work ahead.

### Health manpower

The roles of health care workers may be changing. What should be the proper roles of those working in community and institutional health care settings?

Some witnesses have argued that there is a need to reduce the influence physicians have on the health care system. While it was argued physicians will remain a key health profession, it may be desirable to break down professional barriers, to allow other professional groups to act as "gatekeepers" for health and health-related services.

Lorette Sutton, National Associate Director of the Victorian Order of Nurses for Canada, for example, told the Committee:

The controller or the gatekeeper of the medical system is the physician, and so he should be. The physician, however, also controls the entry into the broader insured health care system. The funding agreements and administrative structures reinforce the medical control. When this approach to health care is imposed on such populations as the elderly, very costly implications become apparent. Older persons make disproportionate use of hospitals and medical services in relation to their numbers in the general population. The medical gatekeeper of the health care system controls the accessibility to services and eventually determines the availability of medical services, as well as other health and related social services.

On the other hand, witnesses from the medical profession have argued that this model of physician hegemony is either untrue, or fails to recognize the already changing roles in health care. Dr. E. Moran, of the Canadian Medical Association, disputed the view that physicians as a group have resisted changes in health care roles:

Getting back to the specific gatekeeper, I think you have just raised one of the world's great lies, that in fact the medical bulldog has dug in defending his turf. History would not support that. If you examine the health care system, there is a tremendous dynamic of change in there. Roles are changing all the time, and medicine is very supportive of expanded roles, teaching various people how to do various things, which then becomes part of their scope, setting up regulatory mechanisms... if there is opportunity for further change then let us get at it.

Le Comité n'établira pas une liste exhaustive des questions qui lui ont été soumises et des recommandations faites par les témoins qu'il a entendus. Par conséquent, le présent document a pour but de proposer une idée générale des principaux sujets abordés et de donner une orientation générale au travail qui se fera.

### La main-d'oeuvre sanitaire

Le rôle des professionnels de la santé est en voie de changer. Comment devraient être réparties les fonctions de ceux qui travaillent au sein de la communauté et de ceux qui travaillent en établissement?

Certains témoins ont soutenu qu'il faudrait réduire l'influence des médecins dans l'ensemble du réseau de soins de santé et que même s'ils doivent continuer à jouer un rôle de premier plan, il serait souhaitable de supprimer les barrières professionnelles pour permettre aux autres groupes d'assumer une plus grande partie du contrôle des services de santé et des services connexes.

M<sup>me</sup> Lorette Sutton, co-directrice nationale des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada a notamment déclaré au comité :

Or, le contrôleur du système médical est bel et bien le médecin. Celui-ci contrôle l'accès au système élargi des soins assurés. Les ententes de financement, les structures administratives renforcent le contrôle médical. Dans le cas des personnes âgées, les implications sont très coûteuses. En effet, ce sont elles qui utilisent au maximum les hôpitaux et les services médicaux. Le médecin contrôle l'accès aux services et déterminent en fin de compte les disponibilités de ceux-ci ainsi que celles d'autres services de santé et de services sociaux ou connexes.

Par ailleurs, certains médecins ont affirmé que cette théorie de l'hégémonie présumée des disciples d'Esculape est fausse ou ne tient pas compte de l'évolution des rôles dans le domaine des soins de santé. Le D<sup>r</sup> E. Moran de l'Association médicale canadienne a mis en doute l'affirmation selon laquelle les médecins, en tant que groupe, ont résisté au changement des rôles dans le domaine des soins de santé :

Mais revenons à cette accusation selon laquelle les médecins auraient, comme des chiens de garde, avant tout défendu leur territoire; je dirais que c'est un pur mensonge. C'est en complète contradiction avec toute l'histoire de la profession médicale. Le secteur de la santé est d'ailleurs dans son ensemble le théâtre d'une dynamique de changements remarquables. Les rôles sont en permanence redéfinis, et les médecins, qui font en permanence de la formation, se montrent très favorables à cet élargissement de certains rôles, ce qui en même temps appelle la mise en place d'une nouvelle

The increasing professionalization and specialization of nursing, the growth of community health organizations with a focus on clinical teams, increasing manpower in the allied health professions, all speak to the current evolution of roles in health care.

Some provinces have addressed an apparent surplus of physicians. Because physicians are said to drive the health care system, a surplus would contribute to the escalation of health care costs. Some provinces have taken steps to reduce the growth of physician manpower. But with practice patterns changing, will a surplus today mean a surplus in the future? Increased numbers of salaried physicians, increased numbers of women in the medical profession who may temporarily leave their practices or who may opt for shorter work weeks for some of their career, may require an increasing physician ratio.

But there is some controversy over whether or not there is a surplus of physicians, or if a current surplus should be expected to persist into the future. Dr. Deguise-Vaillancourt, Executive Director of the Association of Canadian Teaching Hospitals, expressed some doubt about the claims of a continuing medical manpower surplus:

It has not been established that there will be a surplus of physicians, let us say by the year 2000. The study which was already mentioned did not take into consideration a lot of factors that will necessitate more doctors. The care of the elderly, for instance... The development of technology... There are so many more women practicing medicine now... It has been established, at least in one study, that the women work about three-fifths of what male physicians do... It has not been established that there will be a surplus of physicians or that there is a surplus of physicians.

Others, including Dr. Finlay MacKerracher, Secretary Treasurer of the Association of Canadian Teaching Hospitals, supported the view that Canada does have a surplus of physicians:

I also think the number of 5,000 surplus by the year 2000 may be an exaggeration, but I do believe there will be a surplus of physicians, in spite of all the factors, and very valid ones, that Dr. Vaillancourt mentioned. I think there is need to be concerned about it.

Even those who have argued that there is a surplus of medical manpower have acknowledged that there is a problem in the distribution of physicians. Many remote and rural areas have had difficulty recruiting and maintaining doctors. In addition, some new medical specialties require increased numbers.

réglementation... si nous avons la possibilité de faire encore avancer certaines choses, allons-y.

La professionnalisation et la spécialisation accrues des soins infirmiers, l'effort des organismes communautaires accordant une importance prépondérante aux praticiens, ainsi que l'augmentation de la main-d'oeuvre dans les professions connexes à la santé, traduisent bien l'évolution actuelle des rôles dans le secteur des soins de santé.

Dans certaines provinces, on a vraisemblablement constaté un excédent de médecins. Comme ces derniers sont considérés comme l'élément moteur du réseau de soins de santé, un surplus pourrait entraîner une escalade des coûts. Quelques gouvernements provinciaux ont d'ailleurs déjà pris des mesures pour freiner la croissance de la main-d'oeuvre médicale. Toutefois, suivant l'évolution de la pratique médicale, ce que l'on tient pour un surplus de nos jours ne le sera peut-être pas dans l'avenir. Le nombre accru de médecins salariés et l'augmentation du nombre de femmes médecins qui abandonnent temporairement la pratique ou optent pour la semaine de travail écourtée peuvent avoir une influence à la hausse sur le calcul du ratio de médecins.

L'existence réelle d'un excédent de médecins et les prévisions concernant la persistance de ce phénomène ne font pas l'unanimité. Le D<sup>r</sup> Deguise-Vaillancourt, directeur administratif de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, a mis en doute la possibilité d'un surplus persistant de main-d'oeuvre médicale :

On n'a pas fait la preuve d'un excédent de médecins vers l'an 2000. L'étude dont on a déjà parlé n'a pas pris en ligne de compte un grand nombre de facteurs qui feront augmenter la demande de médecins. Les soins aux personnes âgées, par exemple... pour ce qui est des techniques nouvelles... il y a tellement plus de femmes qui pratiquent la médecine maintenant... Au moins une étude a démontré que les femmes travaillent 40 % de moins que leurs confrères masculins... On n'a pas démontré qu'il y aura un excédent de médecins ni qu'il y en a un actuellement.

D'autres témoins, dont le D<sup>r</sup> Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement a, pour sa part, indiqué que le Canada a un surplus de médecins :

Je crois aussi que c'est peut-être une exagération de dire qu'il y aura 5 000 médecins excédentaires en l'an 2000, mais je crois toutefois qu'il y aura un excédent de médecins et cela malgré tous les facteurs tout à fait pertinents qu'a mentionnés le docteur Vaillancourt. Il y a certainement lieu de s'en préoccuper.

Selon les tenants de l'existence d'un surplus de main-d'oeuvre médicale, il y a un problème de répartition des médecins. De nombreuses régions rurales et éloignées ont de la difficulté à recruter et à garder les médecins. De plus, il manque de candidats dans certaines spécialités nouvelles.



According to Lenore Mills, Executive Director of the Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals:

So there is a maldistribution. There is no mechanism in place to force physicians to locate in certain areas of the province. There would probably be a lack of a support system, even in terms of facilities and resources, if they chose to practice in more isolated areas. And there is no disincentive at the moment in place for medical schools to cut enrolment, because of the way they are funded.

Proposed solutions to medical maldistribution have included: provision of financial incentives to doctors who practise in under-served areas and financial penalties to those who practise in well-served areas; restrictions on billing numbers for physicians by geographic area; and, requirements that new physicians receive probationary licenses which allow them to practise only in certain areas for a specific period of time.

The shortage of health manpower has been noted in several other health occupations. Speech therapy, rehabilitation therapy, physiotherapy, occupational therapy and others, have been cited as occupations in which demand is growing faster than the manpower supply. But for many of these occupations, growth has been much faster than growth in the population.

Health care workers do not work in professional isolation. Changes in one profession may well have implications for the other segments of the system. A coherent and national approach to manpower planning has been proposed to the Committee.

#### **Institutional care**

There has been an increased emphasis on the need to develop community-based health programs, both for health promotion, clinical and financial reasons. Some witnesses before the Committee have called for a reallocation of funds from the institutional sector to the community. These witnesses have indicated that hospitals and other institutions account for approximately half of all health care expenditure in Canada.

While there has been continued growth in the number of hospital beds in Canada, this growth has slowed dramatically and for a decade has actually lagged behind the growth in population. This has lead to relatively fewer admissions and shorter hospital stays. But despite this reduction in the availability of hospital beds, the hospital sector has increased its share of the GNP. A considerable amount of this increased cost of hospital care has been the result of growing labour costs. Wage increases in the hospital sector have outstripped the increases in average industrial wages and hospitals are making greater use of

La directrice administrative de l'*Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals*, Lenore Mills, commente ainsi la situation :

Ainsi, il y a une mauvaise répartition. Il n'existe aucun mécanisme permettant de contraindre les médecins à aller s'installer dans certaines régions de la province. S'ils choisissaient de pratiquer dans des régions plus isolées, ils n'auraient sans doute pas accès à un système de soutien adéquat, ni aux installations et ressources requises. Par ailleurs, étant donné la façon dont sont financées les écoles de médecine, aucun mécanisme ne les incite à réduire le nombre d'inscriptions.

Voici quelques solutions proposées au problème de la répartition des médecins : incitations financières aux médecins qui exercent dans des régions où le réseau des services de santé est peu développé et sanctions financières à ceux qui exercent dans des régions où le réseau est bien développé; contingentement des numéros de facturation des médecins par région géographique, et, permis de stagiaire obligatoire pour les nouveaux médecins leur permettant d'exercer dans des régions données pour une période déterminée.

Une pénurie de main-d'oeuvre sanitaire a également été signalée dans d'autres professions connexes. Ainsi, la demande croît plus vite que l'offre dans les domaines de l'orthophonie, de la réadaptation, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, etc. Néanmoins, dans ces sphères d'activité, le nombre de professionnels a augmenté plus rapidement que la population.

Les professionnels de la santé ne travaillent pas dans l'isolement et les changements qui surviennent dans une profession peuvent avoir des répercussions sur les autres secteurs du réseau. Compte tenu de cette situation, une approche cohérente de la planification de la main-d'oeuvre à l'échelle nationale a été proposée au Comité.

#### **Les soins dispensés en établissement**

On a insisté davantage sur la nécessité de mettre au point des programmes communautaires de soins de santé, pour des raisons tant cliniques que financières. Certaines personnes qui ont témoigné devant le Comité ont demandé qu'on accorde davantage de fonds aux services communautaires et moins aux services dispensés en établissement. Elles ont indiqué qu'environ la moitié de toutes les dépenses liées à la santé au Canada sont engagées par les hôpitaux et d'autres établissements.

Malgré une augmentation continue du nombre de lits d'hôpitaux au Canada, cette croissance a ralenti considérablement, et, depuis une décennie, n'a pas réussi à suivre la croissance démographique. Ce phénomène s'est traduit par une baisse relative du nombre d'admissions et par un raccourcissement des séjours à l'hôpital. Mais malgré cette diminution du nombre de lits d'hôpitaux disponibles, la contribution du secteur hospitalier au PNB a augmenté. Cette augmentation du coût des soins dispensés à l'hôpital a en grande partie été attribuable à l'augmentation du coût de la main-d'oeuvre. Les hausses

more expensive staff, e.g. RNs rather than RNAs, nurses rather than orderlies. Thus, there has been a marked increase in hospital costs per patient day.

Will hospitals be able to further slow the growth in expenditure? Canada now has proportionally more hospital beds than does the United States, but fewer beds than many other western industrialized nations. Can hospitals slow admissions or decrease lengths of stay? Will health promotion programs eventually reduce demand for institutional care? Will new community programs allow for shorter hospital stays? Witnesses from the Canadian Hospital Association, for example, have called for better knowledge of the effects of alternative modes of health care and hospital care:

How do we ensure the delivery of quality care in efficient health settings? The starting point for accomplishing this is to direct more attention to evaluating current and new approaches to health care delivery. Management information systems, technology assessment, quality assurance, and health administration research are all key contributors to efforts directed at finding more efficient ways of delivering quality services in efficient settings along an integrated continuum of care.

But the Committee was warned that while more efficient use of hospital facilities may slow growth in this sector of the health care system, it is unlikely to result in hospital bed closures and overall cost reductions.

Several witnesses spoke of the need to make institutions more cost effective and to ensure that hospital services best meet the needs of their patients. Paul Gamble of the Hospital Council of Metropolitan Toronto, for example, spoke of the need to place patients in the appropriate level of institutional care:

In Metro Toronto we currently find that some 10% to 20% of our 10,000 acute care treatment beds are filled with patients who are awaiting transfer to more appropriate facilities. The majority of these individuals are elderly, long-term care patients. Clearly we must decrease the dependency on the use of hospital beds and/or hospital stays if we are to continue to maintain the level of health care services we have enjoyed. However, this does not necessarily equate with a decreased dependence on hospital services or technology. We must not automatically decrease the provision of resources to hospitals, but

salariales observées dans le secteur hospitalier ont dépassé les augmentations de salaire moyennes observées dans l'industrie, et les hôpitaux font davantage appel à du personnel plus coûteux, par exemple, des infirmières autorisées plutôt que des infirmières auxiliaires autorisées, des infirmières de préférence à des auxiliaires. Par conséquent, on a observé une hausse marquée des dépenses des hôpitaux par journée d'hospitalisation.

Les hôpitaux sont-ils capables de freiner davantage l'augmentation des dépenses? À l'heure actuelle, le Canada compte proportionnellement plus de lits d'hôpitaux que les États-Unis, mais moins de lits que bien d'autres pays industrialisés du monde occidental. Les hôpitaux peuvent-ils ralentir les admissions ou raccourcir les séjours? Les programmes de promotion de la santé finiront-ils par réduire la demande concernant les soins dispensés en établissement? Les nouveaux programmes communautaires permettront-ils d'abréger la durée des hospitalisations? Les témoins de l'Association des hôpitaux du Canada, par exemple, ont fait ressortir la nécessité d'améliorer la connaissance des effets des autres modes de prestation de soins de santé et de soins hospitaliers :

Comment garantir la qualité des soins fournis dans des établissements de santé efficaces? Pour commencer, il s'agit de s'employer davantage à évaluer les modes actuels et nouveaux de prestation. Les systèmes d'information de gestion, l'évaluation de la technologie, l'assurance de la qualité et la recherche sur la gestion de la santé, sont autant d'éléments clés qui doivent orienter les efforts entrepris pour trouver des moyens plus efficaces d'assurer des services de qualité dans des cadres efficaces, dans un continuum de soins intégrés.

On a indiqué au Comité que si l'utilisation plus efficace des établissements hospitaliers pouvait ralentir la croissance dans ce secteur du réseau de soins de santé, il y a peu de risques qu'elle n'entraîne des suppressions de lits d'hôpitaux et une diminution générale des coûts.

Plusieurs témoins ont signalé la nécessité de rentabiliser davantage les établissements et de voir à ce que les besoins des clients soient le mieux comblés possible par les services hospitaliers. Paul Gamble de l'*Hospital Council of Metropolitan Toronto*, par exemple, a évoqué le besoin d'offrir aux patients le niveau approprié de soins dispensés en établissement :

Dans la région métropolitaine de Toronto, nous constatons actuellement que de 10 à 20 % de nos 10 000 lits réservés aux soins actifs sont occupés par des malades qui attendent d'être transférés à des établissements mieux adaptés à leur état. La majorité de ces gens sont des malades âgés et chroniques. De toute évidence, nous devons réduire le niveau de dépendance face à l'utilisation de lits d'hôpitaux et au recours à l'hospitalisation si nous voulons continuer d'assurer le même niveau de soins de santé que nous avons réussi à atteindre. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faille diminuer



rather focus on how we can affect the need for services from the hospital system.

Several experiments in hospital financial management and remuneration have shown promise in reducing hospital costs. The use of clinical unit budgeting in which clinical units of hospitals are rewarded for efficient care is one such example.

Hospitals may be encouraged to participate more fully in health promotion and disease prevention activities. The budgeting process for hospitals may have to recognize this need and to protect funds designated for these purposes.

### Medical high technology

Although impressive advances have been made in medicine, these advances have not been without cost. It must be asked, in the words of one witness, if there is an undue emphasis on "high tech" in health care at the expense of what has been called "high touch".

Some witnesses told the Committee that the acquisition of new medical technology has resulted in insufficient consideration of the need for community programs and insufficient funding for these alternatives. One witness told the Committee that the cost of neonatal intensive care is approximately \$100,000 for every surviving baby. Yet, few would argue that lifesaving technology should be denied those in need.

Many witnesses before the Committee called for the systematic assessment of new medical high technology. This was seen as a necessary step in the efficient and appropriate diffusion of new technology. It must be determined what body would be best suited for this purpose. Can and should a national body be given this responsibility?

At least one province, however, has expressed reservations about a national body on high technology. Further, with the current federal/provincial health funding arrangements, how can a national body influence technology acquisition and utilization in the provinces?

Questions have been asked about the appropriateness of the use of medical high technology. Are diagnostic procedures always performed because of clinical need? Does medical legal liability encourage doctors to perform unnecessary diagnostic tests in order to protect themselves

notre dépendance à l'égard des services hospitaliers ou de la technologie. Nous ne devons pas non plus automatiquement réduire les crédits que nous affectons aux hôpitaux mais plutôt nous employer à trouver comment nous pouvons modifier notre dépendance par rapport aux services offerts par les hôpitaux.

Plusieurs expériences menées sur les plans de la gestion financière et de la rémunération dans le secteur hospitalier se sont révélées prometteuses pour ce qui est de la réduction des coûts des hôpitaux. Le recours à une forme de budgétisation, où chaque unité de soins cliniques d'un hôpital se voit récompensée pour l'efficacité de ses soins, est un exemple de ce genre d'expérience.

Les hôpitaux peuvent être encouragés à participer plus activement aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le mode de budgétisation utilisé pour les hôpitaux devra peut-être tenir compte de ce besoin et protéger les fonds destinés à ces fins.

### La haute technologie médicale

Il est vrai que des progrès prodigieux ont été enregistrés en médecine. Mais il y a pour cela une rançon à payer. Ainsi, comme l'a fait remarquer un des témoins, il y a lieu de se demander si on n'a pas eu tendance, dans le domaine des soins de santé, à trop privilégier la haute technologie au détriment de l'aspect humain.

Certains témoins ont fait savoir au Comité qu'avec l'acquisition d'une technologie médicale nouvelle, on n'a pas assez tenu compte des besoins sur le plan de programmes communautaires et on n'a pas réservé suffisamment de fonds à ce genre d'initiatives. Un des témoins a indiqué au Comité que le coût des soins intensifs néonataux s'élève à environ 100 000\$ pour chaque nouveau-né qui survit. Pourtant, rares sont ceux qui contesteraient le droit de ceux dont la vie est en danger de bénéficier d'une technologie appropriée.

Nombreux sont les témoins qui ont demandé une évaluation systématique de la nouvelle technologie médicale. Ils considèrent qu'il s'agit là d'une étape nécessaire à la diffusion judicieuse de la nouvelle technologie. Il importe de déterminer quel est l'organisme qui s'acquitterait le mieux de cette tâche. La responsabilité peut-elle et devrait-elle être confiée à un organisme national?

Au moins une province a cependant exprimé des réserves au sujet de l'idée d'un organisme national chargé de la haute technologie. En outre, avec les ententes fédérales-provinciales actuelles en matière de financement de la santé, comment un organisme national peut-il exercer une influence sur l'acquisition et l'utilisation de la technologie dans les provinces?

Des questions ont été soulevées au sujet de l'utilisation appropriée de la haute technologie médicale. Le recours à des techniques diagnostiques répond-il toujours à un besoin clinique? Les médecins sont-ils amenés, en raison de leurs responsabilités médico-juridiques, à faire passer



against the possibility of legal action? Is outdated medical technology phased out in a timely fashion?

### Health promotion

Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and to improve their health. Many proposals have been made in what can be broadly termed "health promotion". These include strengthening the role of the individual in his/her own health; the encouragement of healthy lifestyles; health education; improved nutrition; development of community programs; social interventions to reduce some of the correlates of ill health; environmental improvement; and others. What these approaches share is a view that health is a positive quality, not just the absence of disease, and that the promotion of health will have the effect of reducing health inequities.

The Standing Committee heard a wide variety of specific proposals for health promotion initiatives. For example, the Committee heard about the need for improved perinatal health. Such programs could include counselling and risk assessment for pregnant women, prenatal food supplementation, reducing the effects of poverty on maternal and child health. The suggestion was made that the allowance payment begin with the confirmation of pregnancy by a physician so as to encourage mothers-to-be to seek early medical attention. Another suggestion called for intensive prenatal education programs. These programs were cited as one way of reducing the high cost of treating extremely low birth weight babies. Dr. Robin Walker, a perinatologist in Kingston, Ontario and Vice-President of the Canadian Council on Children and Youth, told the Committee:

The cost of caring for each of these surviving babies is about \$100,000. . . The amount of money we need just for nursing care in our unit alone, the smallest of Ontario's designated tertiary units, has increased by over 50% in three years. . . This impacts further on the health care system because, although most of these extremely low birth-weight babies are normal when they are discharged to go home, a proportion of them will have problems requiring ongoing health care. . . We are talking about both the costs of the acute care. . . We are talking about both the costs of the acute care and also the costs of the long-term needs of these special-needs children.

Many of the factors that lead to a high incidence of low birth-weight can be ameliorated. Low birth-

inutilement des tests diagnostics pour se protéger contre les risques de poursuites? La technologie médicale périmée est-elle supprimée au moment indiqué?

### La promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui consiste à permettre aux gens d'exercer un contrôle plus grand sur leur santé et d'améliorer leur santé. Bien des suggestions ont été faites dans des domaines qui se rattachent d'une façon ou d'une autre à la promotion de la santé, notamment, renforcer le rôle de l'individu face à sa propre santé, promouvoir des habitudes de vie saines et l'éducation sanitaire, élaborer des programmes communautaires, favoriser des interventions sociales visant à réduire certains facteurs liés aux problèmes de santé, améliorer l'environnement, etc. Toutes ces approches reposent sur le principe que la santé est une qualité positive et ne se résume pas uniquement à l'absence de maladie, et que la promotion de la santé aura pour effet de réduire les inégalités sur ce plan.

Diverses suggestions précises concernant des initiatives de promotion de la santé ont été faites devant le Comité permanent. Par exemple, on a fait valoir auprès du Comité qu'il était nécessaire d'améliorer la santé périnatale. Ce genre de programmes pourrait toucher notamment au counselling et à l'évaluation de risques pour les femmes enceintes, aux compléments alimentaires pendant la période prénatale, à l'atténuation des effets de la pauvreté sur la santé de la mère et de l'enfant. On a émis la suggestion que le paiement des allocations soit tributaire d'une attestation de grossesse faite par un médecin de façon à inciter les futures mères à consulter tôt un médecin. Une autre suggestion concernait des programmes intensifs d'éducation prénatale. Ces programmes étaient présentés comme un moyen de réduire le coût élevé associé au traitement des bébés dont le poids à la naissance est extrêmement faible. Le Dr Robin Walker, spécialiste en périnatalogie à Kingston, en Ontario, et vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a déclaré ce qui suit au Comité :

Le coût de l'administration de soins à chacun de ces bébés qui survivent s'élève à environ 100 000\$. . . La somme dont nous avons besoin uniquement pour dispenser des soins infirmiers dans notre unité seulement, qui est la plus petite des unités dites de soins tertiaires en Ontario, a augmenté de plus de 50 % en trois ans. . . Ce phénomène a d'autres répercussions sur le réseau de soins de santé en ce sens que si la plupart de ces bébés dont le poids à la naissance est extrêmement faible sont normaux au moment où ils quittent l'hôpital, une proportion d'entre eux auront des problèmes nécessitant des soins de santé continus. . . Il est question ici à la fois des coûts des soins à court terme et des coûts des soins à long terme à dispenser à ces enfants qui ont des besoins spéciaux.

Bon nombre des facteurs expliquant la forte proportion de bébés de petit poids peuvent être

weight is common in certain populations characterized by young mothers, poor overall health care, poor lifestyle, high incidence of smoking, poor nutrition and poverty.

Several witnesses from the institutional sector argued that hospitals should be considered to be among the health promoters in Canada, and that incentives should be provided to assist institutions in providing health promotion. Other witnesses, however, called for the reallocation of funds from the institutional sector to health promotion in the community.

In testimony before the Committee, the Canadian Nurses Association, for example, indicated the support for some reallocation of resources:

Although for many years we have known that real chances of achieving changes in the health status of Canadians... are in the area of health promotion, in Canada we have seen very little shift over the years in that area. In fact, most provinces still provide funding of only 3% to 5% of their health-care expenditures in programs that are health promotion or community health services. We think that has to change. Many studies over the years have demonstrated that. Three major commissions recently, the "Evans Report" in Ontario, the "Rochon Report" in Québec and the Newfoundland "Royal Commission Report" all recommend reallocation of resources from illness care to health promotion and prevention.

Witnesses spoke of the need to encourage health care workers to shift their orientation from curative practice to health promotion. This might involve incentives or the greater use of those health occupations which have traditionally adopted this approach.

Many witnesses spoke of community health centres (CHCs) and community service centres (CLSCs) as a means of linking curative health, health promotion and social programs. Within a community health centre, medical services are provided by salaried doctors, rather than doctors working on a fee-for-service basis. This is seen as encouraging physicians to provide more labour intensive health promotion. In addition, other health workers are available to provide needed treatment and health promotion activities. These could include, for example, nutritional counselling, physiotherapy, social work, and others.

améliorés. Le faible poids à la naissance est un phénomène courant dans certaines populations caractérisées par le jeune âge des mères, la médiocrité de l'ensemble des soins de santé, les mauvaises habitudes de vie, la forte consommation de tabac, la mauvaise nutrition et la pauvreté.

Plusieurs témoins provenant du milieu des établissements se sont dits d'avis que les hôpitaux devraient être considérés comme faisant partie des agents de promotion de la santé au Canada, et qu'il y aurait lieu d'offrir aux établissements des mesures d'incitation afin de les aider à dispenser des services de promotion de la santé. D'autres témoins, cependant, ont demandé qu'une partie des fonds réservés aux établissements soit affectée à la promotion de la santé dans la collectivité.

Témoignant devant le Comité, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, par exemple, s'est montrée favorable à une certaine réaffectation des ressources :

Bien sûr, nous savons depuis de nombreuses années que c'est le secteur de la promotion de la santé qui nous offre des possibilités réelles de transformer l'état de santé des Canadiens... Pourtant, au Canada, on a observé très peu de changements au fil des ans à ce chapitre. En fait, la plupart des provinces continuent à ne verser que 3 à 5 % de leur budget de soins de santé dans des programmes de promotion de la santé ou des services de santé communautaire. À notre avis, la situation doit changer. De nombreuses études réalisées depuis des années l'ont montré. Récemment, trois commissions importantes, qui ont produit le Rapport Evans en Ontario, le Rapport Rochon au Québec et le Rapport de la commission royale à Terre-Neuve, ont toutes recommandé une redistribution des ressources qui devraient davantage servir à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, et moins aux soins curatifs.

Les témoins ont évoqué la nécessité d'inciter les professionnels des soins de santé à changer d'orientation en mettant l'accent sur la promotion de la santé plutôt que sur les soins curatifs. À cet égard, il pourrait être nécessaire d'offrir des mesures d'incitation ou de faire davantage appel aux professionnels de la santé qui ont traditionnellement opté pour cette approche.

Aux yeux de bon nombre de témoins, les centres de santé communautaire (CSC) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) apparaissent comme un moyen d'assurer un lien entre les programmes de soins curatifs et ceux qui sont axés sur la promotion de la santé et les services sociaux. Dans un centre de soins de santé communautaire, les services médicaux sont assurés par des médecins salariés et non par des professionnels rémunérés à l'acte. On considère que cette approche incite les médecins à s'occuper plus activement de promotion de la santé. En outre, d'autres professionnels de la santé sont là pour offrir les services thérapeutiques nécessaires et mener les activités de promotion de la santé.



Some witnesses indicated that many of the provinces have been reluctant to support the development of community health centres and other alternative systems of medical practice. Dr. Michael Rachlis, Health Policy Advisor of the Medical Reform Group of Ontario, told the Committee:

If you introduce things piecemeal, you do not have overall control over costs. I think that may be one reason why provinces have been reticent about instituting more community health centres. Without having controls over the numbers of physicians and volumes of services that they provide, they view in strict cost terms that any additional services such as community health centres of better home care are add-ons.

But the Committee also heard that many doctors are reluctant to leave the fee-for-service practice style. Means of encouraging alternative styles of practice should be considered.

There appear to be gaps in our knowledge of the effects of health promotion activities on health status and on health care costs. While systems to encourage health promotion need to be developed, so too do methods for assessing their effects.

There does not appear to be a clear division between health promotion and social interventions. The provision of better or specialized housing, improved nutrition, access to transportation for the frail elderly or the physically disabled, will impact on health. Social and health promotion programs should be available and coordinated.

The extent to which existing funding mechanisms encourage or discourage the development of health promotion must be examined. As well, it should be recognized that many health promotion programs designed to reduce health care costs may have a "pay-back" period over many years. Thus, the feasibility and desirability of developing temporary innovation funding should be examined.

Carol Richardson of the Canadian Health Coalition, for example, called for such innovation funding:

What we believe needs to be done is a targeting or a charting of a path by the federal government by providing either grants or lump sums that the

Au nombre de celles-ci peuvent figurer le counselling en nutrition, la physiothérapie et les services sociaux.

Certains témoins ont fait savoir que beaucoup de provinces ont hésité à se montrer favorables à la mise sur pied de centres de santé communautaire et d'autres modes d'exercice de la médecine. Le Dr Michael Rachlis, conseiller en politique de la santé auprès du *Medical Reform Group of Ontario*, a déclaré ce qui suit au Comité :

Si vous introduisez des changements petit à petit, vous n'avez pas de contrôle global sur les coûts. À mon avis, c'est peut-être une des raisons pour lesquelles les provinces se sont montrées réticentes face à la création d'autres centres de santé communautaire. Si elles ne peuvent exercer de contrôle sur le nombre de médecins et le volume de services qu'ils assurent, elles considèrent que sur le strict plan des coûts, tout service supplémentaire tel que les centres de santé communautaire ou l'amélioration des services à domicile vient s'ajouter aux coûts actuels.

Le Comité a également appris que bon nombre de médecins hésitent à abandonner la formule de la rémunération à l'acte. Il faudrait trouver des moyens d'encourager l'adoption d'autres modes d'exercice de la médecine.

Il semble que nous ne connaissions pas parfaitement les effets des activités de promotion de la santé sur l'état de santé et les coûts des soins de santé. Bien sûr, il faut élaborer des systèmes pour encourager la promotion de la santé, mais il faut également trouver des méthodes pour évaluer leurs effets.

Il ne semble pas y avoir de démarcation très nette entre la promotion de la santé et les interventions sociales. Autrement dit, l'octroi de logements améliorés ou spécialisés, l'amélioration de la nutrition, l'accès au transport pour les personnes âgées de santé fragile ou les personnes souffrant d'incapacité physique, voilà autant de facteurs qui se répercuteront sur la santé. Il faudrait donc offrir et coordonner des programmes d'action sociale et de promotion de la santé.

Il importe de se demander dans quelle mesure les mécanismes actuels de financement encouragent ou découragent l'expansion de la promotion de la santé. De plus, il faudrait reconnaître que la "période de récupération" applicable à bon nombre de programmes de promotion de la santé visant à réduire les coûts des soins de santé pourrait s'étaler sur de nombreuses années. Ainsi, il faudrait se demander s'il est possible et souhaitable de créer un fonds d'aide temporaire à l'innovation.

Carol Richardson de la Coalition canadienne de la santé a, par exemple, défendu l'idée de la création d'un tel fonds :

Nous considérons que les autorités fédérales doivent indiquer la voie à suivre en octroyant soit des subventions, soit des sommes forfaitaires, que les



provinces could utilize for community health programs and social programs. . . We are certainly not suggesting funding cutbacks to the curative system. As a preventive system is introduced with transitional funding, it will initially cost more for more community health centres; but this will lead to less utilization of expensive hospital beds, evolving into a more cost-efficient system.

With the current dependence on institutional care and medical practice, it must be asked if Canada can afford to embark on significant new spending on health promotion without reallocation of funds.

### Accessibility

Questions related to accessibility were raised by some witnesses before the Committee. These witnesses often spoke of access in terms wider than those required by the *Canada Health Act*. The Act requires reasonable access by Canadians to insured health services unimpeded by charges or other means. But, several witnesses argued that the definition of insured services was too narrow to include activities which could improve the health status of Canadians.

The Canadian Association of Occupational Therapists was one group which spoke of the need for broadening the types of services which should be covered under a universal health care system:

CAOT recommends that community-based programs be funded and made readily available to those persons who are propelled back into the community by the continuing programs of deinstitutionalization and changing attitudes toward health care in keeping with the philosophy of health promotion. . .

Health insurance covers the cost of care within the medical model. Little help is available to those who are seeking to take preventive steps or to utilize available technology and expertise in order to maximize independent living.

Currently, provinces have some latitude in determining which nonmedical services should be provided to the insured population as part of the provincial health care system. For some witnesses, the Canada Health Act did not go far enough in requiring provinces to provide the services of certain health care workers or certain types of services. For example, some witnesses argued that Canadians should be assured direct fully-insured access to chiropractors, occupational therapists, psychologists and others.

provinces pourraient utiliser au titre des programmes de santé communautaire et des programmes de services sociaux. . . Nous ne préconisons certainement pas une réduction des fonds alloués aux soins curatifs. Avec l'introduction d'un réseau de services préventifs au moyen d'un fonds de transition, il en coûtera dans un premier temps davantage d'avoir plus de centres de santé communautaire, ce qui permettra cependant de faire une utilisation moindre des lits d'hôpitaux coûteux, et, en dernière analyse, de rentabiliser le système.

Étant donné la dépendance actuelle à l'égard des soins dispensés en établissement et des médecins, on doit se demander si le Canada peut se permettre de se lancer dans de nouvelles dépenses importantes dans le domaine de la promotion de la santé sans une réaffectation des fonds.

### L'accessibilité

Certains témoins ont soulevé des questions concernant l'accessibilité. Ils ont souvent abordé la question en des termes beaucoup plus larges que ne le fait la *Loi canadienne sur la santé*. Selon celle-ci, les Canadiens doivent avoir raisonnablement accès aux services de santé assurés sans que le prix ou tout autre facteur ne représente un obstacle. Cependant, plusieurs témoins se sont dit d'avis que la définition des services assurés était trop restrictive pour comprendre les activités susceptibles d'améliorer l'état de santé des Canadiens.

L'Association canadienne des ergothérapeutes a évoqué la nécessité d'élargir la palette des services qui pourraient être couverts par un régime universel de soins de santé :

L'ACE recommande le financement de programmes communautaires qui seraient mis à la disposition des personnes renvoyées dans la collectivité en vertu des programmes continus de « désinstitutionnalisation » et de la nouvelle orientation des soins de santé axée davantage sur la promotion de la santé.

L'assurance-maladie couvre le coût des soins à l'intérieur du modèle de soins médicaux. Autrement dit, on offre très peu d'aide à ceux qui cherchent à prendre des mesures préventives ou à utiliser la technologie et l'expertise disponibles afin de maximiser leur autonomie.

À l'heure actuelle, les provinces ont une certaine latitude pour déterminer quels sont les services non médicaux qui devraient être offerts à la population bénéficiaire de l'assurance-maladie dans le cadre du régime provincial de soins de santé. Pour certains témoins, la *Loi canadienne sur la santé* n'a pas suffisamment poussé les provinces à fournir les services de certains professionnels de soins de santé ou certains types de services. Par exemple, d'après certains témoins, les Canadiens devraient avoir l'assurance de bénéficier d'un accès direct aux services dispensés par les chiropraticiens, les ergothérapeutes, les psychologues et d'autres professionnels, dans le cadre de l'assurance-maladie.

It was argued by some witnesses that current practice provides for physicians to act as "gatekeepers" for the health care system and that this requires change. For these witnesses, other health workers should be given direct access to patients, and other health workers should be allowed to determine the need for nonmedical services, such as home care and homemaking.

According to some witnesses, provinces now appear to have the power to "de-insure" health services. By declaring selected procedures or services to be not medically necessary, provinces can remove these services from the list of insured services subject to the terms of the *Canada Health Act*.

Dr. Richard Plain, Co-Chairman of the Consumers Association of Canada, told the Committee:

We urge the federal government to make a commitment to the people of Canada that it will not continue providing the same level of health transfer payments to provinces that continue to de-insure medically required services. In effect, the reduction or the elimination of health services by a province would be reflected in a reduction in the level of financial support received by a province.

The extent to which de-insuring is occurring and the degree to which this may be a problem is not now known. The practice of de-insuring service should be monitored. Should the practice warrant action, it remains to determine what action the Government of Canada might have under the *Canada Health Act*.

Despite these concerns, it should be noted that all Canadians have access to hospital care and most medical services free of direct financial burden. But differences in the relative use of health services between affluent and poor Canadians persist. There are still differences in the health status and life expectancy of rich and poor. There are still concerns about lack of use of service by certain groups in society. A consideration of access should go beyond that of only considering who pays at the time of service.

### Financing the system

Many of the issues related to financing of the health care system have already been noted. These include, for example, the need and capacity to develop a health innovations funding mechanism which would be separate from the existing funding under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act* (EPF). EPF provides payments by the federal government to provinces based on a formula consisting of statutory payments indexed to a three-year moving average of the GNP along with the transfer of tax points.

De l'avis de certains témoins, le mode actuel d'exercice de la médecine incite les médecins à faire fonction de "sentinelles" pour le réseau de soins de santé et cette situation doit changer. Ces témoins considèrent que d'autres professionnels de la santé devraient avoir un accès direct aux patients et être autorisés à déterminer si le malade a besoin de services non médicaux, par exemple de soins à domicile et de services d'aide ménagère.

Selon certains témoins, les provinces semblent maintenant être habilitées à toucher à la liste des services de santé assurés. En déclarant certains services ou certaines interventions médicalement non nécessaires, les provinces peuvent exclure ces services de la liste des services assurés visés par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le D<sup>r</sup> Richard Plain, co-président de l'Association des consommateurs du Canada, a déclaré ce qui suit au Comité :

Nous incitons vivement le gouvernement fédéral à s'engager auprès de la population canadienne à ne pas effectuer les mêmes paiements de transfert applicables à la santé aux provinces qui continuent de «désassurer» les services. En effet, la diminution ou l'élimination de services de santé par une province devrait se traduire par une réduction du niveau de soutien financier qui lui est accordé.

Pour l'instant, on ignore à quel rythme se propage cette tendance à désassurer la liste des services de santé assurés, et dans quelle mesure il s'agit là d'un problème. Il faudrait surveiller cette pratique. Et si elle justifie des mesures d'intervention, il reste à déterminer quels sont les moyens d'action dont dispose le gouvernement canadien en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

En dépit de ces préoccupations, il faudrait souligner que tous les Canadiens ont accès aux soins hospitaliers et que la plupart des services médicaux ne comportent aucun fardeau financier direct. Mais des différences dans l'utilisation relative des services de santé par les Canadiens nantis et indigents demeurent. Il existe encore des écarts sur les plans de l'état de santé et de l'espérance de vie des riches et des pauvres. Il existe encore des préoccupations quant à l'absence d'utilisation de services par certains groupes sociaux. Le problème de l'accès ne devrait pas se résumer à la simple question de savoir qui paie au moment de la prestation du service.

### Le financement du système

Bon nombre des questions concernant le financement du réseau de soins de santé ont déjà été évoquées. Il s'agit par exemple de la nécessité et de la capacité de mettre au point un mécanisme de financement des innovations dans le domaine de la santé qui serait distinct du mécanisme de financement actuellement prévu en vertu de la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*. Aux termes des dispositions relatives au financement des programmes établis, l'administration fédérale verse des sommes aux provinces en se fondant sur une formule qui



One argument is whether the federal share is adequate to meet growing health care needs. Although indexed to GNP, the slowly rising percentage of GNP committed to health care may have eroded EPF funding. On the other hand, the EPF is a block funding arrangement. Provinces are responsible for the expenditure of health dollars and are free to direct EPF funds in any way they wish.

A reduction in the scheduled increase in EPF transfer payments 1986 has been cited by some witnesses as putting increased pressure on provinces to reduce service. These witnesses have argued that the health care system is already stretched to its maximum. For example, the Canadian Hospital Association told the Committee that it calculated the effect in the five-year period 1986-1991 will be to reduce transfers by approximately \$4 billion.

With regard to capital needs, the Canadian Hospital Association has indicated the existence of almost \$800 million per year shortfall in capital funding requirements just for maintenance of existing capital stock, without considering need for modernization and expansion.

Some of the provinces with the lowest per capita health expenditure also have the greatest percentage of GDP committed to health. Does the EPF provide enough flexibility to allow for greater consistency nationally in health care expenditure and health care service? This, and other health financing issues, were identified by the Canadian Medical Association:

Financial restraints have placed enormous pressures on almost every aspect of health care. The CMA, in the face of increasing consumer demand, has watched anxiously as the health care program rate of funding has been reduced. We have requested that the federal government sit with the provincial governments to reexamine the EPF arrangements in order to seek a mechanism that will reduce disparities across the country. . .

Dr. Colin McMillan of the Canadian Medical Association indicated to the Committee that the slowed rate of growth in transfers to the provinces under the EPF "would have a particularly detrimental effect on the delivery of health care" in provinces where the provincial GDP is below the national average.

consiste en des versements statutaires indexés à une moyenne mobile de trois ans du PNB, conjugués avec un transfert de points d'imposition.

Certains témoins se demandent si la part du gouvernement fédéral suffit à répondre aux besoins croissants en soins de santé. Bien qu'elle soit indexée au PNB, la part du PNB consacrée aux soins de santé, qui croît lentement, a peut-être empiété sur le budget consacré au financement des programmes établis. Par ailleurs, le financement des programmes établis (FPE) est une mesure de financement en bloc. Les provinces ont pour responsabilité de dépenser le budget affecté à la santé et elles sont libres de disposer à leur guise des crédits consacrés au FPE.

Certains témoins ont fait valoir qu'une réduction de l'augmentation des paiements de transfert de 1986 dans le cadre du FPE pousse davantage les provinces à réduire le niveau des services. De l'avis de ces témoins, le réseau de soins de santé est déjà exploité au maximum. Par exemple, l'Association des hôpitaux du Canada a fait savoir au Comité que selon ses calculs, cette mesure aura pour effet, sur une période de cinq ans qui s'étend de 1986 à 1991, de réduire les transferts d'environ 4 milliards de dollars.

En ce qui concerne les besoins en immobilisation, l'Association des hôpitaux du Canada a indiqué qu'il y avait un manque de près de 800 millions de dollars par an pour ce qui est des fonds d'immobilisation dont on a besoin uniquement pour le maintien des installations en place, sans tenir compte de la modernisation et de l'expansion nécessaires.

Dans certaines provinces où les dépenses de santé par habitant sont le plus faibles, le pourcentage du PIB affecté à la santé est également le plus élevé. La loi concernant le financement des programmes établis offre-t-elle suffisamment de souplesse pour permettre une plus grande uniformisation à l'échelle nationale au niveau des dépenses et des services de soins de santé? Cette question, et d'autres concernant le financement de la santé, ont été soulevées par l'Association médicale canadienne :

Les restrictions financières ont exercé des pressions énormes sur presque tous les aspects des soins de santé. Face à l'augmentation de la demande de la part des consommateurs, l'AMC s'inquiète de la diminution du taux de financement des programmes de soins de santé. Elle a demandé à l'administration fédérale de se réunir avec les autorités provinciales afin de réexaminer les dispositions relatives au FPE pour trouver des mécanismes susceptibles de réduire les disparités à l'échelle nationale. . .

Le Dr Colin McMillan de l'Association médicale canadienne a indiqué au Comité que le ralentissement de la croissance sur le plan du transfert accordé aux provinces en vertu du FPE serait particulièrement néfaste pour la prestation de soins de santé dans les provinces où le PIB provincial se situe au-dessous de la moyenne nationale.



Questions still remain about the proper role for private expenditure and capital in the Canadian health care system. In 1985, private expense in health care amounted to an estimated \$9.6 billion or slightly more than 2% of GNP. Citing the amount of private expenditure does not address the issue of the appropriateness of this private expenditure. What should be the role for private expenditure in the health care system?

Like most western industrialized nations, Canadian policy allows some sharing of costs between the individual patient and the state. Prescription drugs, for example, are provided to patients in hospital, but most individuals in the community, depending on ability to pay, are required to purchase these.

The controversial nature of direct patient share of health care costs was underscored when the Committee heard witnesses from the Victorian Order of Nurses who offered differing opinions on this issue. Donna Roe, National Executive Director of the VON, told the Committee:

It has been the policy of VON since its inception to charge a fee if the patient is able to pay, depending on the service, the province it is in, and so on. . . It certainly is another way of obtaining funds.

The other thing I have seen personally—and I see it more with the elderly than with middle-aged or younger people—is the tremendous pride in being able to meet some of their own needs if they have the funds. I would be very concerned about how we assess those people who are unable to pay. For example, I would hate to see people being subjected to something that is demoralizing.

On the other hand, Dr. Helen Mussallem, First Vice-President of the VON, told the Committee:

I was alive before [state insured] hospital and medical care came in, and I well know from my experience in Vancouver, where I trained and grew up, of the people that were not seeking medical attention because they could not afford to pay, the poor and the proud middle class. I could cite case after case—it gives me goose pimples when I think about it—of people who did not seek medical care because they could not pay even that minimum amount. I would hate to live in a society where we could go back to the entry into the medical system being based on people's ability to pay, no matter how small it could be.

Despite significant public ownership and management of health care facilities in Canada, there is still private capital and management. To what extent should Canadian

Il y a encore des interrogations quant à la place que doivent occuper les dépenses et les intérêts privés à l'intérieur du réseau canadien de soins de santé. En 1985, les dépenses privées liées aux soins de santé se chiffraient à environ 9,6 milliards de dollars, soit un peu plus de 2 % du PNB. Le fait de connaître le montant des dépenses privées ne nous dit pas si le niveau de ces dépenses est approprié. Autrement dit, il faudrait savoir quelle place devraient occuper les dépenses privées à l'intérieur du réseau de soins de santé.

Comme dans la plupart des pays industrialisés du monde occidental, la politique canadienne permet un certain partage des coûts entre l'individu et l'État. Les médicaments d'ordonnance, par exemple, sont fournis aux malades à l'hôpital, alors que la majorité des personnes vivant dans la collectivité sont tenues de les acheter, compte tenu de leur capacité de payer.

Le caractère controversé de la part directe des coûts des soins de santé que doit assumer le patient a été souligné lorsque le Comité a entendu des témoignages des représentants de l'Ordre des infirmières de Victoria dont les avis sur la question divergeaient. M<sup>me</sup> Donna Roe, directrice nationale de l'OIV, a déclaré ce qui suit au Comité :

Dès le début, l'OIV a eu pour politique de percevoir un droit si le patient était capable de payer, selon le service, la province en question, etc. . . C'est sans aucun doute une autre façon d'obtenir des fonds.

L'autre fait que j'ai personnellement observé, plus particulièrement auprès des personnes âgées qu'auprès des personnes d'âge moyen ou des jeunes, c'est l'immense fierté que l'on retire de la capacité de répondre à certains de ses propres besoins lorsqu'on en a les moyens. Je m'inquiérais beaucoup de la façon d'évaluer les gens qui sont incapables de payer. Par exemple, je n'aimerais pas voir des gens soumis à un processus démoralisant.

Le D<sup>r</sup> Helen Mussallem, première vice-présidente de l'OIV, a affirmé ce qui suit :

J'ai connu la période où les soins hospitaliers et médicaux n'étaient pas assurés par l'État, et je connais bien, à Vancouver où j'ai reçu ma formation et où j'ai grandi, la situation de gens qui ne consultent pas un médecin parce qu'ils sont incapables de payer la consultation. Il s'agit soit de gens pauvres soit de gens fiers, appartenant à la classe moyenne. Je pourrais citer de nombreux cas, je frémis rien qu'à y penser, de gens qui se sont abstenus d'une visite chez le médecin parce qu'ils ne pouvaient se permettre cette dépense minimale. Je ne voudrais pas vivre dans une société qui reviendrait à la formule selon laquelle l'accès aux soins médicaux serait fondé sur la capacité des gens de payer, aussi infime soit la somme.

En dépit du nombre important d'établissements de soins de santé détenus et administrés par le secteur public, il existe encore des établissements qui appartiennent à des

health care involve private ownership and private management? What are the advantages and disadvantages of private sector participation? And how should control of the private sector be exercised?

The growing proportion of elderly in Canadian society must make us examine the degree to which current models of health care financing may inhibit the development and use of less costly alternatives. Generally, the most costly care, hospitalization, is fully covered by public insurance, while less costly alternatives may not be covered or only partially covered. Hospitals and other health providers may not be provided with adequate incentives to provide cost-effective alternatives to institutional placement.

intérêts privés et sont administrés par le secteur privé. Dans quelle mesure le secteur privé devrait-il avoir la mainmise sur une part du réseau canadien de soins de santé? Quels sont les avantages et les inconvénients de la participation du secteur privé? Et comment le secteur privé devrait-il exercer son pouvoir d'intervention?

Avec le vieillissement de la population canadienne, nous devrions nous demander dans quelle mesure les modèles actuels de financement des soins de santé peuvent empêcher l'élaboration et l'utilisation de solutions moins coûteuses. De manière générale, les soins de santé les plus coûteux, i.e. l'hospitalisation, sont entièrement pris en charge par l'assurance publique, alors que les solutions moins coûteuses ne le sont pas ou ne le sont que partiellement. Il est possible que les hôpitaux et d'autres dispensateurs de soins de santé ne disposent pas de moyens d'incitation suffisants pour offrir des solutions de rechange rentables au placement en établissement.

## APPENDIX A

## WITNESSES AND SUBMISSIONS

Issue No.	Date	Organizations and Witnesses
43	Monday, April 25, 1988	<b>Canadian Memorial Chiropractic College</b> Dr. Ian Coulter, President Dr. Barry Norton, Member of the Board of Directors <b>Canadian Chiropractic Association</b> Dr. J.L. Watkins, Executive Vice-President D. Chapman-Smith, Attorney
45	Monday, May 2, 1988	<b>Canadian Council on Children and Youth</b> Landon Pearson, President Dr. Robin Walker, Vice-President Brian Ward, Executive Director
46	Tuesday, May 10, 1988	<b>Canadian Hospital Association</b> Margaret Davison, Chairman of the Board of Directors Jean-Claude Martin, President Carol Clemenhagen, Vice-President, Public Affairs Bruce Baskerville, Research Officer <b>Chiefs of Ontario</b> Gordon Peters, Ontario Regional Chief
47	Tuesday, May 17, 1988	<b>Federation of Saskatchewan Indian Nations</b> Henry Delorme, Vice-Chief Marvin Hendickson, Advisor <b>Canadian Health Coalition</b> Carol Richardson, Executive Coordinator Kathleen Connors, Vice-Chairperson
48	Thursday, May 26, 1988	<b>Economic Communication Group</b> William A. Dyson, Vice-President <b>Chris Brown</b> (individual)
50	Monday, June 6, 1988	<b>Canadian Association of Occupational Therapists</b> Thelma Gill, President Donna Campbell, Government Affairs Liaison <b>Victorian Order of Nurses for Canada</b> Dr. Helen Mussallem, First Vice-President Lorette Sutton, National Associate, Executive Director Donna Roe, National Executive Director
	Tuesday, June 7, 1988	<b>Consumers Association of Canada</b> Dr. Richard Plain, Co-Chairman Jean Jones, Past National President Robert Best, Senior Policy Research Officer <b>Medical Reform Group of Ontario</b> Dr. Robert James, Member, Steering Committee Dr. Haresh Kirplani, Member, Steering Committee Dr. Michael Rachlis, Health Policy Advisor



Issue No.	Date	Organizations and Witnesses
51	Tuesday, June 14, 1988	<p><b>National Advisory Council on Aging</b>            Dr. Charlotte Mathews, President            Susan Fletcher, Director</p> <p><b>Canadian Association of Optometrists</b>            Dr. Scott Brisbin, President            Gérard Lambert, Executive Director            Dr. Emerson Woodruff, Consultant</p>
52	Monday, June 20, 1988	<p><b>Canadian Nurses Association</b>            Dr. Judith Ritchie, President            Ginette Rodger, Executive Director</p> <p><b>Canadian Psychological Association</b>            Dr. Pierre L.-J. Ritchie, Executive Director            Dr. Michel Sabourin, President-elect</p> <p><b>Canadian Dietetic Association</b>            Elizabeth Hamilton, President            Carmen Connelly, Member            Marsha Sharp, Executive Director</p>
	Tuesday, June 21, 1988	<p><b>Association of Canadian Medical Colleges</b>            Dr. Deguise-Vaillancourt, Executive Director</p> <p><b>Association of Canadian Teaching Hospitals</b>            Dr. Finlay McKerracher, Secretary Treasurer            Lenore Mills, Executive Director of the Ontario            Council of Administrators of Teaching Hospitals</p>
52	Tuesday, June 21, 1988	<p><b>Hospital Council of Metro Toronto</b>            Paul Gamble, Assistant Executive Director</p> <p><b>Canadian Medical Association</b>            Dr. Athol L. Roberts, President            Dr. Colin McMillan, Chairman, Council on Economics            Dr. Ed Moran, Member, Board of Directors            Douglas A. Geekie, Director, Department of            Medical Economics            Orvill B. Adams, Director, Department of            Medical Economics</p>
	Wednesday, June 22, 1988	<p><b>Dr. M.A. Baltzan</b>, Past President of the Canadian            Medical Association (individual)</p> <p><b>Department of National Health and Welfare</b>            Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister,            Health Protection Branch            Roy Hickman, Acting Director General,            Environmental Health Directorate</p> <p><b>Dr. Henri L. Marcoux</b> (individual)</p>

## ANNEXE A

## TÉMOINS ET MÉMOIRES

N° de fascicule	Date	Organisations et témoins
43	le lundi 25 avril 1988	<b>Canadian Memorial Chiropractic College</b> D <sup>r</sup> Ian Coulter, président D <sup>r</sup> Barry Norton, membre du bureau des gouverneurs <b>Association chiropratique canadienne</b> D <sup>r</sup> J.L. Watkins, vice-président exécutif D. Chapman-Smith, avocat
45	le lundi 2 mai 1988	<b>Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse</b> Landon Pearson, présidente D <sup>r</sup> Robin Walker, vice-président Brian Ward, directeur exécutif
46	le mardi 10 mai 1988	<b>Association des hôpitaux du Canada</b> Margaret Davison, présidente du conseil d'administration Jean-Claude Martin, président Carol Clemenhagen, vice-présidente, affaires publiques Bruce Baskerville, attaché de recherche <b>Chiefs of Ontario</b> Gordon Peters, chef régional pour l'Ontario
47	le mardi 17 mai 1988	<b>Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan</b> M. Henry Delorme, vice-chef Marvin Hendickson, conseiller <b>Coalition canadienne de la santé</b> Carol Richardson, coordinatrice exécutive Kathleen Connors, vice-présidente
48	le jeudi 26 mai 1988	<b>Economic Communication Group</b> William A. Dyson, vice-président <b>Chris Brown (à titre individuel)</b>
50	le lundi 6 juin 1988	<b>Association canadienne des ergothérapeutes</b> Thelma Gill, présidente Donna Campbell, Liaison, Affaires gouvernementales <b>Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada</b> D <sup>r</sup> Helen Mussallem, première vice-présidente Lorette Sutton, adjointe nationale, directrice générale Donna Roe, directrice générale nationale
	le mardi 7 juin 1988	<b>Association des consommateurs du Canada</b> D <sup>r</sup> Richard Plain, coprésident Jean Jones, ancienne présidente nationale Robert Best, chargé principal de recherche en matière de politique

N° de fascicule	Date	Organisations et témoins
51	le mardi 14 juin 1988	<p data-bbox="646 301 1108 330"><b>Groupe de la réforme médicale de l'Ontario</b></p> <p data-bbox="676 336 1177 440">D<sup>r</sup> Robert James, membre, comité directeur D<sup>r</sup> Haresh Kirplani, membre, comité directeur D<sup>r</sup> Michael Rachlis, conseiller en matière de politique sanitaire</p> <p data-bbox="646 455 1140 484"><b>Conseil consultatif national sur le troisième âge</b></p> <p data-bbox="676 490 1034 542">D<sup>r</sup> Charlotte Mathews, présidente Susan Fletcher, directeur</p> <p data-bbox="646 558 1071 587"><b>Association canadienne des optométristes</b></p> <p data-bbox="676 593 1039 672">D<sup>r</sup> Scott Brisbin, président Gérard Lambert, directeur général D<sup>r</sup> Emerson Woodruff, consultant</p>
52	le lundi 20 juin 1988	<p data-bbox="646 687 1181 716"><b>Association des infirmières et infirmiers du Canada</b></p> <p data-bbox="676 722 1048 774">D<sup>r</sup> Judith Ritchie, présidente Ginette Rodger, directrice générale</p> <p data-bbox="646 790 998 819"><b>Société canadienne de psychologie</b></p> <p data-bbox="676 824 1103 877">D<sup>r</sup> Pierre L.-J. Ritchie, directeur général D<sup>r</sup> Michel Sabourin, président élu</p> <p data-bbox="646 892 1034 921"><b>Association canadienne des diététistes</b></p> <p data-bbox="676 927 1030 1006">Elizabeth Hamilton, présidente Carmen Connelly, membre Marsha Sharp, directrice générale</p>
52	le mardi 21 juin 1988	<p data-bbox="646 1022 1144 1051"><b>Association des facultés de médecine du Canada</b></p> <p data-bbox="676 1056 1126 1085">D<sup>r</sup> Deguise-Vaillancourt, directeur général</p> <p data-bbox="646 1099 1089 1128"><i>Association of Canadian Teaching Hospitals</i></p> <p data-bbox="676 1134 1185 1213">D<sup>r</sup> Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier Lenore Mills, directrice générale de l'Ontario <i>Council of Administrators of Teaching Hospitals</i></p> <p data-bbox="646 1228 989 1257"><i>Hospital Council of Metro Toronto</i></p> <p data-bbox="676 1263 1085 1292">Paul Gamble, directeur général adjoint</p> <p data-bbox="646 1306 979 1335"><b>Association médicale canadienne</b></p> <p data-bbox="676 1340 1226 1543">D<sup>r</sup> Athol L. Roberts, président D<sup>r</sup> Colin McMillan, président du conseil chargé de l'économie D<sup>r</sup> Ed Moran, membre du conseil d'administration Douglas A. Geekie, directeur du département des communications et des relations gouvernementales Orvill B. Adams, directeur du département d'économie médicale</p> <p data-bbox="646 1559 1254 1611"><b>D<sup>r</sup> M.A. Baltzan</b>, ancien président de l'Association médicale canadienne (à titre individuel)</p>



---

N° de fascicule	Date	Organisations et témoins
52	le mercredi 22 juin 1988	<b>Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social</b> D <sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé Roy Hickman, directeur général intérimaire, Direction de l'hygiène du milieu  D <sup>r</sup> Henri L. Marcoux (à titre individuel)

---

## ANNEXE B

## AUTRES REPRÉSENTATIONS PRÉSENTÉES AU COMITÉ

Alliance Québec  
Armstrong, Irwin R.  
Association canadienne des technologistes de laboratoire  
Association des Iroquois et des Indiens alliés  
*Association of the Physically Limited*  
Brown, Malcolm C. (Université de Calgary)  
*Capital Regional Hospital and Health Planning Commission*  
Carlson, N.  
*Children Crusade for Peace*  
Cliff, Nancy  
*Cobequid (Multi-Service Centre)*  
Comité canadien d'action sur le statut de la femme  
*Community Occupational Health*  
Duncan, Kenneth G.  
*Essex County Fibrositis Support Group*  
Fédération nationale des syndicats d'infirmières/infirmiers  
*Federation of Medical Women of Canada*  
Femmes pour la Vie, la Foi et la Famille  
Fisher, M<sup>me</sup> William  
Geltman, Harold  
Guidoin, Robert (Université Laval)  
*Health Coalition of Cape Breton*  
Hopper, J.D.  
Institut de recherches cliniques de Montréal  
Institut pour l'établissement de santé de l'avenir  
Jackson, Barbara  
*Kinesis Operations Group*  
L'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes  
Levitt, Joseph (Université d'Ottawa)  
Liberté de choix—Association canadienne pour le droit à l'avortement

---

**AUTRES REPRÉSENTATIONS PRÉSENTÉES AU COMITÉ**

---

*Nova Scotia Certified Nursing Assistant Association*

*Prepared Childbirth Association of Nova Scotia*

Prichard, J. Robert (Université de Toronto)

Smith, Dr. Donald Morison

Société Alzheimer du Canada

Synnott, Anthony (Université Concordia)

Teixeira, Celso A.

*The Junior League of Calgary*

*The Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*

*The Vancouver Persons with Aids Coalition*

Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)

*Union of Ontario Indians*

Université Lakehead

Université McMaster—(Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics)

*Victims of Violence*

*Western Society for Senior Citizens' Services*



## APPENDIX B

---

**OTHER REPRESENTATIONS TO THE COMMITTEE**

---

Alliance Québec  
Alzheimer Society of Canada  
Armstrong, Irwin R.  
Association of Iroquois & Allied Indians  
Association of the Physically Limited  
Brown, Malcolm C. (University of Calgary)  
Canadian Society of Laboratory Technologists  
Capital Regional Hospital and Health Planning Commission  
Carlson, N.  
Children Crusade for Peace  
Cliff, Nancy  
Clinical Research Institute of Montreal  
Cobequid (Multi-Service Centre)  
Community Occupational Health  
Duncan, Kenneth G.  
Essex County Fibrositis Support Group  
Federation of Medical Women of Canada  
Fisher, Mrs. William  
Freedom of Choice—Canadian Abortion Rights Action League  
Geltman, Harold  
Guidoin, Robert (Laval University)  
Health Coalition of Cape Breton  
Hopper, J.D.  
Institute for Health Care Facilities of the Future  
Jackson, Barbara  
Kinesis Operations Group  
Lakehead University  
Levitt, Joseph (University of Ottawa)  
McMaster University—(Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics)  
National Action Committee on the Status of Women

---

**OTHER REPRESENTATIONS TO THE COMMITTEE**

---

National Federation of Nurses' Union

Nova Scotia Certified Nursing Assistant Association

Prepared Childbirth Association of Nova Scotia

Prichard, J. Robert (University of Toronto)

Smith, Dr. Donald Morison

Synnott, Anthony (Concordia University)

Teixeira, Celso A.

The Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists

The Junior League of Calgary

The Premier's Commission on Future Health Care for Albertans

The Vancouver Persons with Aids Coalition

Ujimoto, K. Victor (University of Guelph)

Union of Ontario Indians

Victims of Violence

Western Society for Senior Citizens' Services

Women for Life, Faith & Family

**[Texte]**

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on National Health and Welfare (*Issue Nos 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52 and issue 54 which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

**[Traduction]**

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents du Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social (*fascicules nos 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52 et le fascicule n°54 qui inclut le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*Le président,*

BRUCE HALLIDAY,

*Chairman.*



[Text]

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

THURSDAY, SEPTEMBER 1, 1988

(78)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met *in camera* at 9:12 o'clock a.m., in Room 269, West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell and Barry Turner.

*Acting Member present:* John Bosley for Brian White.

*Witness: From Evalusearch:* Paul Rosenbaum, Researcher.

The Committee commenced consideration of a draft report to the House of Commons.

By unanimous consent, it was agreed,—That the draft interim report, as amended, be adopted as the Committee's Fifth Report to the House and that the Chairman be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

By unanimous consent, it was agreed,—That the Committee print 750 additional copies of its Fifth Report to the House in bilingual format.

By unanimous consent, it was agreed,—That the title for the Committee's Fifth Report to the House shall be: "Interim Report on the Canadian Health Care System: Facts and Issues".

By unanimous consent, it was agreed,—That the Committee authorize the expenditure of funds necessary for engaging the services of an editor for the Fifth Report to the House.

ORDERED,—That the Chairman table the Fifth Report to the House.

At 10:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

[Translation]

**PROCÈS-VERBAL**LE JEUDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 1988

(78)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit à huis clos, aujourd'hui à 9 h 12, dans la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Margaret Anne Mitchell et Barry Turner.

*Membre suppléant présent:* John Bosley remplace Brian White.

*Témoin: De Evalusearch:* Paul Rosenbaum, chargé de recherche.

Le Comité entreprend l'étude d'un projet de rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le projet de rapport intérimaire, sous sa forme modifiée, soit adopté en tant que Cinquième rapport du Comité à la Chambre; et que le président soit autorisé à y apporter les modifications d'ordre typographique ou rédactionnel qui s'imposent, sans toutefois en changer la teneur.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 750 autres exemplaires bilingues de son Cinquième rapport à la Chambre.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le Cinquième rapport du Comité à la Chambre s'intitule: *Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude*.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le Comité autorise le déboursement qu'entraîneront les services d'un rédacteur affecté au Cinquième rapport à la Chambre.

IL EST ORDONNÉ,—Que le président dépose le Cinquième rapport à la Chambre.

À 10 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell





















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

WITNESS

*From Evalusearch:*

Paul Rosenbaum, Researcher.

TÉMOIN

*De Evalusearch:*

Paul Rosenbaum, chercheur.





CANADA

## INDEX

STANDING COMMITTEE ON

# National Health and Welfare

HOUSE OF COMMONS



---

Issues 1-54

•

1986-1988

•

2nd Session

•

33rd Parliament

---

Chairman: Bruce Halliday

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by  
the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and  
Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des  
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

## GUIDE TO THE USERS

---

This Index is a subject-based and cross-referenced index which provides subject analysis as well as corresponding entries under the names of individual Members of Parliament.

Each participating Member and witness has a global entry, based on the order of reference that covers all pages where he/she spoke.

**Knowles, Hon. Stanley** (NDP—Winnipeg North Centre)  
Regional Economic Expansion Department estimates,  
1984-1985, main, **15:9**, 11-2, 19



Testimony and debate are analysed for subject content and the entries are arranged alphabetically.

<b>Member</b>	<b>Knowles</b>
subject entry	Steel industry, <b>15:9</b>

<b>Main subject</b>	<b>Steel industry</b>
sub-heading	Exports, <b>15:9</b>

Included in the index are several headings that may be particularly useful; a list under Witnesses shows all appearances by organizations before the Committee; the heading Orders of Reference lists all matters studied by the committee; the section Procedure and Committee business records all items of a procedural nature including those listed in the Minutes.

The index is extensively cross-referenced to account for organization of subject detail and varying terminology. Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash “—”.

**Women** *see* Canadian Forces—Training

A list of dates of meetings of the committee with the corresponding issue numbers may be found under the heading “Dates and Issues” on the following page.

The most common abbreviations found in the Index are as follows:

A = Appendices    Amdt. = Amendment    M. = Motion    S.O. = Standing Order

Political affiliations: L = Liberal    PC = Progressive Conservative    NDP = New Democratic Party    Ind = Independent    Ind-L = Independent Liberal

---

**For further information contact the  
Index and Reference Branch—992-8976**

---





# INDEX

## HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE

### OFFICIAL REPORT

SECOND SESSION—THIRTY-THIRD PARLIAMENT

---

#### DATES AND ISSUES

##### —1986—

October: 21st, 30th, 1.  
November: 4th, 1; 21st, 2.  
December: 11th, 3.

##### —1987—

January: 22nd, 3; 26th, 4; 27th, 5.  
February: 2nd, 5; 5th, 6; 16th, 7.  
March: 3rd, 5th, 8; 9th, 9; 10th, 10; 17th, 11; 19th, 12; 24th, 13.  
April: 2nd, 14; 6th, 15; 27th, 16.  
May: 11th, 17; 13th, 18; 21st, 19; 22nd, 20; 25th, 21.  
June: 2nd, 22; 3rd, 23; 4th, 24; 9th, 22nd, 25; 23rd, 26; 29th, 27.  
August: 4th, 5th, 28.  
September: 1st, 17th, 28.  
October: 1st, 29; 7th, 30.  
November: 2nd, 31; 16th, 32; 19th, 33; 23rd, 34; 30th, 35.  
December: 1st, 36; 3rd, 37; 8th, 38; 14th, 39.

##### —1988—

January: 26th, 28th, 40.  
February: 8th, 10th, 24th, 41.  
March: 7th, 10th, 28th, 42.  
April: 18th, 42; 25th, 43, 44.  
May: 2nd, 45; 10th, 46; 17th, 47; 26th, 48; 31st, 49.  
June: 6th, 7th, 50; 14th, 51; 20th, 21st, 22nd, 52.  
July: 14th, 53.  
September: 1st, 54.





- AA** *see* Alcoholics Anonymous
- Aboriginal cultures** *see* Drugs and pharmaceuticals—Production
- Aboriginal people** *see* Native people
- Abortion**  
 Fetology, 16:28  
 Hospital committees, guidelines, 16:26-8  
 Statistics, 16:26
- Accidents** *see* Children; Drug abuse—Workplace
- Accreditation** *see* Hospitals
- Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion**  
*see* Health care—Preventive, promoting
- Acid rain**  
 Health risks, 42:32-3  
 Research, Canada-United States study, 35:18-9; 42:32-3
- Acquired Immunodeficiency Syndrome** *see* AIDS
- Adams, Evan** (Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth)  
 Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 70-4, 76-8  
 Drug abuse, Committee study, 22:4, 70-4, 76-8
- Adams, Orville B.** (Canadian Medical Association)  
 Health care, Committee study, 52:4, 107-8, 120-2
- Addiction** *see* Alcohol—Beverages; Drug abuse
- Addiction Research Foundation**  
 Administrative structure, budget, etc., 8:6-7  
 Assessment and referral service, utility, public awareness, etc., 15:35; 19:19-22, 24-6, 28-9  
 Funding, 19:6  
 Goals, mandate, 8:6, 9, 26-7, 30-1; 19:6-8  
 International co-operation, WHO, relationship, 8:9  
 National Health and Welfare Department, relationship, 19:64-5; 24:46  
 Ontario government, relationship, 19:6, 28  
 Parents Against Drugs, relationship, 20:33  
 Programs, 8:8; 19:8, 21, 76-7  
   Training programs, 19:9, 67-75  
 Publications, 8:9; 19:69  
 Research, 8:5-7, 20-1, 25-6; 19:38-9  
 Surveys, data-gathering, etc., 8:7; 19:9, 18-9  
*See also* Drug abuse—Prevention; Witnesses
- Addicts** *see* Drug abuse—Cocaine—Education, Reformed—Heroin
- Additives** *see* Food
- ADM** *see* Assistant Deputy Minister
- Advertising** *see* AIDS—Prevention, Condoms; Alcohol; Alcohol abuse—Youth; Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing—Mood-altering drugs; Lifestyle advertising; Tobacco and tobacco products
- Aetiology** *see* Drug abuse
- Affirmative action** *see* Native people
- Africa** *see* AIDS
- Agenda and procedure subcommittee** *see* Procedure and Committee business
- Aging** *see* Health care; Population
- Aharan, Dr. C.H.** (Victoria Life Enrichment Society)  
 Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 30-41  
 Drug abuse, Committee study, 22:3, 30-41
- AIDS**  
 Africa, incidence, 5:28-9; 16:29  
 Australia, 2:5-7, 9, 11-2, 14-7  
   Sex education, 2:7, 10-3  
 Blood supply, contamination, 5:24-5, 32  
 Carriers, HIV-positive, 5:14-5; 17:9-11  
 Cases  
   Immigration, impact, 5:31-2  
   Number, 16:28-9; 42:27  
   Projections, 5:5-7, 12, 24  
 Causes, allegations, sexual orientation, etc., 5:18-9; 16:31-3  
 Committee study, 2:4-17  
   *See also* Orders of Reference  
 Contracting, infection, 5:11  
 Deaths, projections, 2:13; 5:6  
 Diagnosis, prognosis, 5:23-4  
 Drugs  
   AZT, availability, costs, etc., 5:22; 16:15-7  
   Manufacturers, applying for approval, 42:16  
   National Health and Welfare Department approval, expediting, 42:15-7  
   Pentamidine, 42:17  
   Testing, 50:58  
 Education, 17:8-9; 42:27; 50:58  
   Ontario programs, 5:9, 19-20  
   Public health education campaign, 5:7, 17; 16:33-4  
 Employment, impact, 5:33-4  
 Epidemic, 8:15  
   Implications, health care system, 48:10  
 Government expenditures, 5:23, 29; 16:29; 50:63, 66  
   Free trade agreement, comparison, 5:16, 18  
   Per patient, 5:8-9, 12, 16-20, 30  
 Hostel, Toronto, Ont., 2:16  
 Incubation period, duration, 5:24  
 Information  
   Disseminating, media role, 5:30-1, 35-6; 42:27-9  
   Reporting procedures, 5:7-8  
 International co-operation, 5:6-7  
 National strategy, five year plan, 16:29; 42:7, 27  
 Native people, incidence, 5:21-2  
 Prevention, 16:33, 35-7  
   Condoms, effectiveness, advertising, etc., 5:35-6; 35:9-12  
   Cost, 5:19-20  
   Federal-provincial co-operation, 17:9  
   Options, 5:15, 29  
   Psychological counselling, role, 52:23  
   Scope, 5:11  
   Sex abstinence, 5:15-6  
   Telecaster Committee, role, 16:30, 34-5, 37  
   Television, role, 17:8-9  
 Research  
   Expenditures, 5:8-9, 12  
   Royal Society of Canada study, 42:28  
 Sex education, role, 5:13  
   *See also* AIDS—Australia

**AIDS—Cont.**

- Testing, 5:23-4; 50:57
- Immigrants, mandatory tests, etc., 5:25, 27-9
- Life insurance companies, 5:32-3
- See also AIDS—Carriers
- Transmission, 5:10-1
- United Kingdom, expenditures, 16:36
- United States, 2:10; 5:6
- Victims
  - Age, average, 5:32
  - Care, cost, 5:20-1
  - Intravenous drug users, 24:41
  - Quarantine, 50:57
- World Health Organization involvement, 2:11
- See also Drug abuse

**Air** see Pollution

**Aircraft** see Alcohol

**Alberta** see Alcohol abuse; Drug abuse; Health care—  
Optometric services, Medicare

**Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission** see Witnesses

**Alcohol****Advertising**

- Banning, 20:7, 15-6, 107; 22:12; 23:25, 31, 36, 64-5, 110-2; 26:13
- France, 20:82-3
- Lifestyle advertising, 7:25; 10:12; 20:28, 102; 22:6; 23:27-8, 32, 36-7
- Banning, 10:17; 20:70-1, 77; 22:107; 27:17-9
- Television, 20:103

Aircraft, commercial flights, availability, free, 20:8, 16-7

Banning, 20:18; 22:95, 103; 23:30, 75-6

Beer companies, breweries, arts sponsorship, promotion, 20:10, 22; 24:36

Beverages, low alcohol content, addiction potential, packaging, youth impact, etc., 6:5-6; 20:9-10

**Consumption, 20:82**

- British Columbia, 13:11; 22:5, 13; 23:96-7
- Government functions, 24:29, 35-6
- Impairment, defining, 20:80-1
- Mortality rate, impact, 20:12, 85
- Ontario, 19:64, 84-5
- Per capita, 8:10; 24:36-7
- Reducing, campaigns, strategy, effectiveness, 19:11-3; 24:28-9

Sales, profits, 23:23

Statistics, reliability, 22:5, 8

Drinking age, increasing, 8:18, 20; 9:19; 20:64, 71-2, 77, 79-80, 86, 107-8; 22:6, 11, 98, 107-8

Drinking hours, Ontario, 8:18-9, 31

Health effects, 24:27

Illicit drugs, distinction, 3:20

Marketing practices, 6:5-6

Minors obtaining, 20:102, 105, 115

**Price**

Other consumer goods, comparison, 24:37

See also Alcohol abuse

Products, ingredient lists/labels, 20:7, 12-3, 20-1, 78

Sporting events, sale to public, 20:85

**Alcohol—Cont.**

Taxation policies, provincial structure, revenues, etc., 22:8-9; 24:37

Trafficking, youth, 6:5

Users, breakdown, 9:17-8

See also Impaired driving

**Alcohol abuse**

Alberta, 12:20-1; 24:27, 29-32

**Alcohol**

Availability, relationship, 10:16; 11:32-3; 13:14-5; 23:64-5, 97-8

Price increases, relationship, 8:32; 9:19; 10:16; 12:10-1; 13:11; 22:95-6, 102-3, 109

Alcoholics Anonymous, effectiveness, lifestyle view, etc., 15:34-5; 22:32-3; 24:61

Alcoholism, 7:24; 23:117

Bootlegging, 22:6; 25:23

British Columbia, scope, budget, etc., 13:8-9, 11-2; 22:97-100; 23:23-4, 85

Cancer, relationship, 22:87-8

Committee study, 11:4-36; 12:4-27; 13:4-30; 14:4-33; 15:4-40; 19:5-118; 20:5-117; 21:4-40; 22:5-112; 23:5-117; 24:5-67; 25:5-46; 26:4-22; 27:4-34

See also Orders of Reference—Drug abuse; Reports to House—First

Costs, 22:10, 79-80

Social costs, statistics, 8:32; 19:11; 20:74-5; 23:25, 108

Cross-abuse, drugs and alcohol, 4:11, 26-7; 7:35; 11:34-5; 22:100-1

Deaths, 4:10, 23

Autopsy reports survey, 22:79-81, 87-8

Doctors, awareness, role, etc., 23:17, 101-2

Drinking, relationship, 6:7-8

Drinks per sitting, decline, 8:12

Drunkenness, social acceptance, 13:25; 19:105; 26:13

Entertainment, "sleazy", role, 22:11, 14-6

Families, 14:12; 15:35; 23:16, 34

Foetal alcohol syndrome, 22:97, 105

Health effects, physical deterioration, 4:31; 19:11-2; 23:104-5

Hospital statistics, 22:79, 89

House of Commons, 22:101

Ignorance, 4:15

**Native people**

Alkali Lake, B.C., 22:6-7, 12-3, 77

Poster, *Drinking is not Native*, 13:16; 22:106

Prevalence, 22:72, 74, 76; 23:44-6; 25:23-5, 29

Programs, success, etc., 24:5-8, 10, 12-4, 17-8, 20-1; 25:44-5

Funding, 24:8-9, 11, 19, 23-4

Tache Village reserve, 24:15-6

Unemployment, role, 24:16

Nova Scotia, 12:12, 15

Ontario, 20:81

Prison inmates, 20:9

Programs, 14:25-6; 19:88-90

Government programs, 9:8-10; 20:75-80

See also Alcohol abuse—Native people—Schools

Prohibition, effects, 4:22; 11:32; 14:12; 20:90; 22:103; 23:75; 25:25

Public acceptance, 7:35; 8:19; 19:10; 22:81, 95-6, 101, 104-5; 23:14

**Alcohol abuse—Cont.**

## Rehabilitation facilities

Cirrhosis-by-the-Sea, New Hampshire, 10:15-6

Funding, OHIP, etc., 10:15, 17-8; 14:32; 16:17-9

Other drug abuse victims, including, 10:10

Staff, 14:29-30

Waiting lists, 20:8-9

## Schools

Policy, uniformity, 7:37-8

Programs, 19:79, 81-4

Scope, 4:5-6, 14-5, 21; 9:6; 13:12-3; 14:10, 28-9; 22:13, 23-4,

82-5, 102; 23:23, 30, 108; 24:26

Other drugs, comparison, 19:10

United Kingdom study, 22:93

Senior citizens, 23:107-8, 113-4

Society scourge, 24:25

## Treatment

Approaches, allergens, antabuse, etc., 4:6; 22:109-11;  
23:32-3; 24:33

Church, clergy, role, 24:33-5

Cost-benefit, 4:23

Psychiatrists, 23:105-6

Recovery time, 22:40-1

## Victims, 23:107, 114

Classification, 12:15-6

Number, 8:28-9; 23:24

Violence, relationship, 19:105; 22:16

## Youth, 7:34-6; 20:25

Advertising, impact, 13:15-6

Alternatives, non-alcoholic bars, dances, etc., 20:64-5

Prevalence, 13:26; 14:11; 19:30; 22:9

Prevention strategies, 19:91, 93-4

Students Against Drunk Driving, philosophy, 20:68

Suicide, relationship, 23:24; 26:19

*See also* Drug abuse—Growth—Social acceptance**Alcohol and Drug Association of Alberta** *see* Witnesses**Alcohol and Drug Concerns Inc.** *see* Witnesses**Alcohol and Drugs Program of British Columbia** *see* Witnesses**Alcohol-Drug Education Service** *see* Witnesses**Alcoholics Anonymous**

Philosophy, 21:20

*See also* Alcohol abuse**Alcoholism** *see* Alcohol abuse**Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick** *see* Witnesses**Aldred, Joel** (National Advisory Council on Aging)Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,  
Committee study, 38:3-13, 15**Alkali Lake, B.C.** *see* Alcohol abuse—Native people; Drug  
abuse—Native treatment centres**Alkali Lake Reserve** *see* Witnesses**Allergens** *see* Alcohol abuse—Treatment, Approaches**Allergies** *see* Drugs and pharmaceuticals; Food—Additives**Allergy Information Association**

Funding, membership, 40:23

*See also* Witnesses**Allied health care practitioners** *see* Health care practitioners;  
Medicare**Allied health sciences** *see* Health care; Health care  
practitioners—Human resources**Alternatives Program for the Prevention of Chemical  
Dependencies** *see* Witnesses**Alwood House** *see* Drug abuse—Treatment facilities**Amotivational syndrome** *see* Drug abuse—Health effects**Amphetamines** *see* Drug abuse**Anderson, Dr. D.V.** (Canadian Institute for Guardianship)

Alcohol abuse, Committee study, 20:4, 87-99

Drug abuse, Committee study, 20:4, 87-99

**Angel dust** *see* Drug abuse**Angus, Iain** (NDP—Thunder Bay—Atikokan)Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,  
Committee study, 33:8-10, 14-6, 20

Commonwealth Games, 18:11

Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates,  
1987-1988, main, 18:11-4, 24-7

Olympics, 18:12-4

Pensions, 33:16

Procedure and Committee business, Ministers, 18:27

Public Service superannuation, 33:8-10

Sport, 18:11, 24-6

**Antabuse** *see* Alcohol abuse—Treatment, Approaches**Appendices**

Council on Drug Abuse, brief, 11A:1-6

Epp, J., document, 17A:1

Federation of Saskatchewan Indian Nations, brief, 47A:1-18

Rideauwood Institute, document, 10A:1-3

Royal Canadian Mounted Police, brief, 3A:1-17

**Appleton, Peter** (Carleton University)

Drug abuse, Committee study, 3:3

**Appointments** *see* Canada Pension Plan Advisory Board;  
National Health and Welfare Department; Olympics—1988  
winter games**Armed forces** *see* Canadian Armed Forces**Arts** *see* Alcohol—Beer**Assistant Deputy Minister** *see* National Health and Welfare  
Department—Appointments**Association for Community Living** *see* Disabled and  
handicapped—Housing**Association of Canadian Medical Colleges**

Role, 52:51

*See also* Witnesses**Association of Canadian Teaching Hospitals**

Background, membership, 52:52

*See also* Witnesses**Athletes** *see* Olympics—1988 winter games



- Atlantic fisheries** *see* Shellfish industry
- Australia**  
Health Department *see* Witnesses  
*See also* AIDS; Committee; Drug abuse; National Health and Welfare Department—Information exchange
- Autopsies** *see* Alcohol abuse—Deaths
- AZT** *see* AIDS—Drugs
- Back pain** *see* Disabilities, back pain
- Badgley report** *see* Children—Sexual abuse
- Baffin Island, N.W.T.** *see* National Health and Welfare Department—Community Health Services Program
- Baker, George (L—Gander—Twillingate)**  
Drug abuse, Committee study, 5:24-8; 7:13-8, 24-6
- Baldwin, Robert** (Canadian Labour Congress)  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 36:18-27
- Baltzan, Dr. M.A.** (Individual presentation)  
Health care, Committee study, 52:4, 143-61
- Barnes, L.W.C.S.** (Federal Superannuates National Association)  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 33:3-11
- Baskerville, Bruce** (Canadian Hospital Association)  
Health care, Committee study, 46:3, 10-1
- Bates, John** (People to Reduce Impaired Driving Everywhere)  
Alcohol abuse, Committee study, 20:4, 74-87  
Drug abuse, Committee study, 20:4, 74-87
- Becks, William** (Addiction Research Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:3, 17-29  
Drug abuse, Committee study, 19:3, 17-29
- Beech Hill, New Hampshire** *see* Drug abuse—Treatment facilities
- Beer** *see* Alcohol
- Bell, Veronica** (Youth Alcohol and Drug Community Action)  
Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 33, 35, 37-8  
Drug abuse, Committee study, 15:3, 33, 35, 37-8
- Berger, Gerald A.** (1988 Olympic Winter Games Office)  
Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:3, 9-12, 27
- Bertrand, Gabrielle** (PC—Brome—Missisquoi)  
National Health and Welfare Department estimates, 1988-1989, main, 42:21-2
- Best, Robert** (Consumers Association of Canada)  
Health care, Committee study, 50:3, 47, 50-1
- Beverages** *see* Alcohol
- Big Thunder training centre** *see* Sport—Ski-jumping
- Bill C-31** *see* Indian Act (amdt.)(Bill C-31)(1st Sess., 33rd Parl.)
- Bill C-33** *see* Statute Law (Superannuation) Amendment Act, 1986 (amdt.)(Bill C-33)
- Bill C-51** *see* Tobacco Products Control Act (Bill C-51)
- Bill C-61** *see* Criminal Code, Food and Drugs and Narcotic Control Acts (amds.)(Bill C-61)
- Bill C-204** *see* Non-Smokers' Health Act (Bill C-204)
- Bio-ethics**  
Canadian Medical Association, Department of Ethics and Legal Affairs, establishing, 52:110  
Concept, evolution, 52:111-2  
Palliative care, 52:66-7, 74-6, 110-1  
"Do not resuscitate" orders, living wills, etc., 52:73-4, 110-1, 113  
*See also* Hospitals—Resources; Medical research
- Birth** *see* Children—Infants; Population
- Blood and blood products**, 35:20  
*See also* AIDS; Drug abuse—Detection; Impaired driving
- Bois, Dr. P.** (Medical Research Council of Canada)  
Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:3, 27-42  
National Health and Welfare Department estimates 1987-1988, main, 17:3, 24  
1988-1989, main, 42:4, 20-1
- Bootlegging** *see* Alcohol abuse
- Booze, Pills & Dope: Reducing Substance Abuse in Canada** *see* Reports to House—First
- Botanical products** *see* Health food industry—Drugs
- Brain drain** *see* Research
- Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth** *see* Witnesses
- Breathalyzer tests** *see* Impaired driving—Police
- Breweries** *see* Alcohol—Beer
- Briefs** *see* Procedure and Committee business
- Brisbin, Dr. Scott** (Canadian Association of Optometrists)  
Health care, Committee study, 52:3, 14-20, 22-4
- British Columbia**  
Health Ministry *see* Witnesses  
*See also* Alcohol—Consumption—Drinking age; Alcohol abuse; Drug abuse
- British Columbia Medical Association** *see* Witnesses
- British Columbia Telephone Company** *see* Drug abuse—Workplace; Witnesses
- Broadcasting** *see* Television
- Brodsky, Gwen** (National Association of Women and the Law)  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 39:3, 5-17
- Brown, Chris** (Individual presentation)  
Health care, Committee study, 48:3, 14-25
- "Buffalo Jump of the 1980s"** *see* Native people—Nielsen Task Force
- Buildings** *see* Environment—Environmental sensitivity
- Burden, Karl N.** (Alcohol and Drug Concerns Inc.)  
Alcohol abuse, Committee study, 20:3, 6-8, 11-4, 16-28  
Drug abuse, Committee study, 20:3, 6-8, 11-4, 16-28

- Bureau of Dangerous Drugs** *see* National Health and Welfare Department
- Burford, Fred** (Council on Drug Abuse)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:3, 41-6, 51-2, 54, 56  
Drug abuse, Committee study, 19:3, 41-6, 51-2, 54, 56
- Burke, Marvin** (Nova Scotia Commission on Drug Dependency)  
Alcohol abuse, Committee study, 12:3-16  
Drug abuse, Committee study, 12:3-16
- Cabinet ministers** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State
- Cafeterias** *see* Food—Labelling, ingredients, School
- Caffeine** *see* Drug abuse
- Calgary, Alta.** *see* Olympics—1988 winter games
- Campbell, Donna** (Canadian Association of Occupational Therapists)  
Health care, Committee study, 50:3, 10-7, 19-20
- Canada Assistance Plan**  
Funding, federal share, 16:6; 42:6  
*See also* Disabled and handicapped; Family—Poverty; Welfare
- Canada Health Act** *see* Committee; Health care practitioners—Medicare; Medicare—Coverage
- Canada Pension Plan**  
Amending  
Homemakers, coverage, 31:17, 25; 32:7; 42:25-7  
Task force, study, report, 16:28; 17:22; 30:20-2; 31:11, 20; 34:18-20; 42:27  
Process, federal-provincial negotiations, 30:9; 34:10; 36:24-5  
Social change, accommodating, 30:11  
Benefits  
Temporary assignment, 36:21, 25  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Amounts  
Child-rearing drop-out provision  
Criteria, background, 36:23-4  
*See also* Canada Pension Plan—Contributors  
Contributors, coverage, 30:14-5; 31:22  
Women, child-rearing drop-out provision selecting, 30:15-6  
Credit splitting, 31:23, 25-6; 39:12  
Definition, social security program, 30:13; 32:6; 34:9; 36:11  
Disability pension, 39:23  
Disability assessment, procedures, 16:20, 22  
Disability, definition, 33:17  
Recipients, welfare eligibility affected, 17:12-5, 22; 30:31; 34:13; 35:18; 42:14  
Fund, 30:13-4, 28-9  
Premium increases, establishing, 30:28-9  
Reforms, implementing, 16:9  
Survivor benefits *see* Canada Pension Plan survivor benefits  
*See also* Public Service superannuation
- Canada Pension Plan Advisory Board**  
Members, appointments, background, 38:16, 21, 23, 25-6  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits; Witnesses
- Canada Pension Plan survivor benefits**  
Amounts, 38:6, 14  
Actuarial determination, 33:12-3
- Canada Pension Plan survivor benefits—Cont.**  
Amounts—*Cont.*  
Canada Pension Plan retirement benefits, equalling, 39:17-8  
Income, relationship, 42:25-6  
Quebec Pension Plan, comparison, 31:24; 39:18, 23  
Canada Pension Plan Advisory Board  
Report, May 1985, dissenting opinion, 39:17, 20, 22-3  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals  
Children's benefits, 30:11, 18, 24; 38:27  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms, implications  
Consultation paper, Committee study, 30:7-35; 31:4-34; 32:4-14; 33:4-21; 34:5-23; 36:4-27; 38:4-28; 39:4-24  
*See also* Orders of Reference; Reports to House—Third  
Consultation paper reform proposals, 30:25  
Background, 30:8-9, 24-5; 34:6, 9-10  
Benefits, amounts, 36:12-4, 20; 38:17-8; 39:17  
Canada Pension Plan Advisory Board, position, 38:16-7, 19-24  
Dissenting opinions, 38:16, 21-2, 24-5  
Charter of Rights and Freedoms, compliance, 30:12, 18, 20; 34:6, 9, 21-2; 36:12; 39:15-6  
Costs, 30:16-7, 19; 31:14, 26  
Estimates, actuarial reports accompanying, 33:14-6, 18  
Premium rates, effect, 30:19, 31:8; 33:14, 16, 19  
Savings, 39:7, 9  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms  
Demographic conditions, reflecting, 34:9, 11, 17; 36:5; 38:4  
Departmental studies not incorporated, availability, 31:14, 23-4  
Developing, consultation processes, 31:19-21, 23; 36:24; 38:7, 13-4  
Family structures, evolution, accommodating, 30:11-2, 17-8; 34:6  
Implementation, 30:19-20; 31:6, 12-3; 34:10-1, 21; 38:19  
Committee role, 31:19-20; 34:10; 36:25-6  
Delaying, 36:20, 22  
Provinces' role, 30:23-4; 31:19-20, 24; 34:15  
Inconsistency, 31:9-12  
National Action Committee on the Status of Women, position, 31:5-7, 30  
National Advisory Council on Aging, position, 38:4, 8  
Presentation, criticism, 31:15-6  
Redrafting, interest groups, consulting, 31:13-4; 38:7-8  
Statistics, reliability, 31:7; 36:5-7, 18  
Support, consensus, 31:21; 36:19  
Uniformity, CPP/QPP, 30:12-3; 31:12, 20; 33:14, 18-9; 34:9  
Death benefits, 30:11; 34:5  
Eligibility  
Canada Pension Plan retirement benefits, combining, 30:10-1  
Criteria, developing, background, 34:5  
Income testing, 34:15; 38:10-1  
Redistribution of benefits, 31:33  
Workforce participation, incorporating, 31:28, 31; 33:19; 34:21; 36:10



**Canada Pension Plan survivor benefits—Cont.**

Eligibility, reforms, implications

Age limits, elimination proposed, 32:6-7, 11, 13; 36:10-1, 17, 20; 38:17

Benefits, redistribution, 38:26-7

Charter of Rights and Freedoms, compliance, 31:12, 15, 24-5; 36:21

Childless survivors, 36:6, 13-4, 16

Costs, 36:8-9; 39:15

Disabled and handicapped, 31:5, 11-2, 29; 33:14, 17; 34:10

Divorced persons, 30:26; 31:21, 23; 34:10; 39:8-11, 19

Other countries, comparison, 31:10, 16-7, 23

Widowed persons, comparison, 31:9-11, 15

Future recipients, 31:4-5; 34:7-8; 38:18-9

Age 35 to 65, 31:4-5, 8, 15; 34:6-7; 36:26-7; 38:18

Caring for children under age 7, time-limited benefits, implications, etc., 30:18, 24-5; 31:5, 7, 26-9; 33:20; 34:7-8, 12, 16-8, 21-2; 36:6, 8-9, 22-3; 38:9, 24; 39:9-11

Caring for dependent children, 36:8-10, 14, 16

Time-limited/lifetime benefits, choice, implications, 30:33-4; 31:9, 32-3; 33:13; 38:27-8

Transfer of credits, 30:25-6; 33:13-5; 34:7; 36:14-5; 38:6, 17-8; 39:6, 9, 12, 16-7

Homemakers, CPP retirement benefits, treatment, complementing, 31:6, 11-2, 15; 36:12, 15

Social programs adopting, 39:18-22

Spouses, spouse equivalents, 39:5, 8-9, 14, 19; 31:11, 16

Survivors aged 55 to 65, 31:12-3, 18, 29; 36:20-1, 26-7

Survivors' children, 30:23; 31:4, 13, 19, 31; 32:8; 34:7-8; 38:6, 18; 39:6, 8, 16

Survivors over/under age 65, 30:9-10, 17-8; 31:4; 32:9; 36:20-1, 26; 38:5-6, 14; 39:17

Survivors' parents, 34:15-6; 38:12-3

Survivors reaching age 65, benefits, recalculating, 33:13, 17

Survivors under age 30, 39:7-8, 16

Survivors under age 65, 36:19-20, 22

Time-limited benefits, 31:27, 30-1; 32:6-8, 12-3; 34:8, 18; 36:20; 38:17, 22-3; 39:7

Widowed recipient, sample case study, 32:5, 9-11, 13

Transition, existing benefit structure, 38:6, 13-4, 19, 23

Women, workforce participation, 30:31-2; 31:6-8, 22; 34:9, 17-8; 36:5; 38:13, 15

Socio-economic status, consultation paper assumptions, 31:6, 12-3; 38:8; 39:7, 12

*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Purpose

Expenditures, projections, 30:27-8, 33; 31:24

Flexibility, responding to individual needs, 38:5-6, 13

Purpose

Income, maintenance, ensuring, 38:27; 39:13-5

Individual needs, responding, 33:12; 39:7-8, 13-4

Reform proposals, distorting, 39:18, 20-2

Recipients

Demographic profile, 30:17, 32, 34-5

Numbers, 34:5

Welfare, eligibility affected, 30:22-3, 29-31; 32:12; 34:12-4, 19-20; 38:9-10; 42:14-5

Women, 39:5-6

Private pension plan coverage, comparison, 38:14-5

Reform process, 36:19-22, 24-5

Reviewing every 5 years, 38:6

**Canada Pension Plan survivor benefits—Cont.**

Single persons, application, 39:8-9, 16, 19

**Canadian Addiction Foundation**

Funding, activities, etc., 10:14-5

**Canadian Armed Forces** *see* Drug abuse**Canadian Association of Chiefs of Police** *see* Witnesses**Canadian Association of Occupational Therapists** *see* Witnesses**Canadian Association of Optometrists** *see* Witnesses**Canadian Charter of Rights and Freedoms** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals—Eligibility, reforms; Drug abuse—Courts—Law enforcement—Testing; Old Age Security—Eligibility**Canadian Chiropractic Association** *see* Witnesses**Canadian Council on Children and Youth** *see* Witnesses**Canadian Council on Social Development** *see* Health care—De-institutionalization**Canadian Dietetic Association**

Role, representation, 52:38

*See also* Witnesses**Canadian Football League** *see* Drug abuse—Education, Activities**Canadian Health Coalition**

Background, funding, 47:18

*See also* Witnesses**Canadian Hospital Association**

Role, representation, 46:4

*See also* Health care—Health innovation fund; Witnesses**Canadian Institute for Guardianship**

Organization, activities, 20:97-8

*See also* Witnesses**Canadian Institute of Actuaries**

Role, representation, etc., 33:11

*See also* Witnesses**Canadian Labour Congress** *see* Pensions; Witnesses**Canadian Labour Market Productivity Centre** *see* Drug abuse—Workplace**Canadian Medical Association** *see* Bio-ethics; Doctors—Human resources; Health care—*Health: A Need for Redirection*; Health care practitioners—Allied, Role; Witnesses**Canadian Memorial Chiropractic College** *see* Witnesses**Canadian Nurses Association**

Representation, 52:6

*See also* Witnesses**Canadian Pharmaceutical Association** *see* Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing**Canadian Psychological Association** *see* Witnesses**Canadian Public Health Association** *see* Witnesses**Canadian Radio-television and Telecommunications Commission** *see* Drug abuse—Media, Anti-drug



**Canadian Restaurant and Foodservices Association**

Representation, Chinese restaurants, 49:17-8

*See also* Food—Labelling, ingredients; Witnesses**CanCare Canada** *see* Witnesses**Cancer**

Causes, stress, 23:62, 66

*See also* Alcohol abuse; Hospitals—Technological services, Waiting lists; Smoking, tobacco use**Cannabis/marijuana**

Carcinogenic character, 20:95

Chemical composition, 20:35, 95

Courts, perception, change, 8:25

Importing, entry routes, United States, Nova Scotia, etc., 27:28-9

Possession, penalties, increasing, 20:71

*See also* Drug abuse**Cantelon, John** (Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Vancouver)

Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 82-3, 89, 94

Drug abuse, Committee study, 22:4, 82-3, 89, 94

**CAP** *see* Canada Assistance Plan**Carcinogens** *see* Cannabis/marijuana**Cardiovascular surgery** *see* Hospitals—Technological services, Waiting lists**Carleton Place, Ont.** *see* Drug abuse—Treatment facilities, Alwood House**Carleton University** *see* Witnesses**Carriers** *see* AIDS**Cassidy, D.N.** (Canadian Association of Chiefs of Police)

Alcohol abuse, Committee study, 11:3-6, 16, 25

Drug abuse, Committee study, 11:3-6, 16, 25

**Cebrynsky, Walter** (Parents Against Drugs)

Alcohol abuse, Committee study, 20:3, 29, 33-6, 39, 44-6

Drug abuse, Committee study, 20:3, 29, 33-6, 39, 44-6

**Central Toronto Youth Services**

Funding, etc., 20:112-4

*See also* Witnesses**CFL** *see* Canadian Football League**Chairman, decisions and statements** *see* Procedure and Committee business**Chapman-Smith, D.** (Canadian Chiropractic Association)

Health care, Committee study, 43:3, 9-18, 21-5

**Charpentier, Guy** (Pavillon Jellinek)

Alcohol abuse, Committee study, 15:3-7, 9-11, 13-8

Drug abuse, Committee study, 15:3-7, 9-11, 13-8

**Charter of Rights and Freedoms** *see* Canadian Charter of Rights and Freedoms**Chartrand, Gilbert** (PC—Verdun—St. Paul; Vice-Chairman)

Health food industry, Committee study, 1:12-3, 28-9

Procedure and Committee business, documents, 1:13

**Chartrand, Suzanne** (National Association of Women and the Law)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 39:3-5

**Chase, Justis** (Images UnLtd.)

Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 50-8

Drug abuse, Committee study, 22:3, 50-8

**Chiefs of Ontario** *see* Witnesses**Chemicals**

Cleaning products, ingredients, labelling, 49:38

*See also* Cannabis/marijuana; Drug abuse; Pollution**Child abuse** *see* Child poverty; Children—Sexual abuse**Child care**

Availability

Cost to parents, 31:29-30

Parental employment, relationship, 37:18

Children, effects, 37:13

National standards, need, 35:20-2

National strategy, 42:33-4

Poverty, alleviating, 35:17, 31; 37:13

Spaces, increasing, job creation, 37:18

Workers, wages, 37:18

*See also* Drug abuse**Child poverty**

Alleviating

Employment, role, 37:12-3

Family Allowances, role, 45:14-5

Government role, 50:59

Multi-faceted approach, 37:25; 45:8, 14, 18-9

National organizations, support, 37:16, 18, 25

Public health system, role, 45:9, 14-5, 18

Behavioural, developmental problems, 37:5-6

Child abuse/neglect, 37:6

Committee study, 37:4-25

Committee studying, 37:9, 14-5, 22; 45:15, 19; 50:60, 63

Community support services, other countries, comparison, 45:7-8

Economic implications, 37:8

Education, opportunities, effect, 37:14

Academic performance, 37:6; 45:7

First Ministers' conference, proposed, 37:23

Health effects, 45:6-7; 50:59

Income distribution, 37:11; 45:15-8

Income tax, child support benefits, 37:19, 21-2, 24

Infants, mortality rates, 37:5, 13-4

Jurisdiction, federal leadership role, 37:10, 14-5; 50:59

Media awareness, 37:8, 15; 45:6

Native people, 37:12

Public awareness, 37:8-11, 17, 22-3

Research, 37:4-5; 42:8

Statistics, 37:4, 12, 24; 45:6; 50:58-9

**Child Poverty Action Group**

Background, mandate, etc., 37:15, 20-1

*See also* Witnesses**Child-rearing** *see* Canada Pension Plan**Child Sexual Abuse Program** *see* Children—Sexual abuse**Child tax credit** *see* Poverty

**Child welfare programs**

- Native people, 35:31-2
- School food programs, 35:24, 26; 45:17

**Children**

- Accidental death, preventing, 45:9
- Diseases, immunization, 45:9-10
- Importance, government policies/programs recognizing, 37:12, 16, 23-4
- Infants
  - Low birth weight, 45:5-7, 13-4, 21
  - Perinatal mortality rate, 45:12-3; 50:61
- International Conference on the Prevention and Promotion of Mental Health in Children, government-sponsored, 37:11
- Parental responsibilities, tax system recognizing, 37:17, 19
- Sexual abuse
  - Child Sexual Abuse Program, 35:7, 12-3; 42:7, 22
  - Research, Badgley report recommendation, 42:22-4
- See also* Canada Pension Plan survivor benefits; Child care; Drug abuse—Families; Health care—Optometric services—Preventive—Psychological services

**Chinese restaurants** *see* Canadian Restaurant and Foodservices Association

**Chiropractic services** *see* Health care

**Church** *see* Alcohol abuse—Treatment; Drug abuse—Treatment services

**Cigarettes** *see* Drug abuse—Addiction, Sources

**Cirrhosis-by-the-Sea** *see* Alcohol abuse—Rehabilitation facilities

**Clark, Lee** (PC—Brandon—Souris; Parliamentary Secretary to Minister of Agriculture)  
 Drugs, labelling, Committee study, 41:26-7  
 Food, labelling, Committee study, 41:26-7

**Clark, Dr. Stewart** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)  
 Alcohol abuse, Committee study, 24:3, 39-50  
 Drug abuse, Committee study, 24:3, 39-50

**Cleaning products** *see* Chemicals

**Clemenhagen, Carol** (Canadian Hospital Association)  
 Health care, Committee study, 46:3, 9-10, 12-5

**Clergy** *see* Alcohol abuse—Treatment, Church

**Clews, Dr. Allan G.** (British Columbia Medical Association)  
 Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 96-105, 107-10  
 Drug abuse, Committee study, 22:4, 96-105, 107-10

**Cocaine**

- Licit, consumption, 8:11
- Price, quality, 22:20
- See also* Drug abuse

**Collins, Mary** (PC—Capilano)  
 Health care, Committee study, 50:48-51

**Committee**

- Australia, possible visit, 2:24
- Canada Health Act, phase two, 1:11
- Commendation, 22:112

**Committee—Cont.**

- Membership, women, representation, 23:52-3
- Raison d'être*, 23:19
- Studies, characterization, 20:87
- Studies and inquiries *see* AIDS; Alcohol abuse; Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper; Child poverty; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Labelling; Food—Labelling; Food banks; Health care; Health food industry; Marriage and family life
- Travel, 20:13-4
  - Edmonton, Alta., 24:3
  - Toronto, Ont., 19:3; 20:3
  - Vancouver, B.C., 23:3
  - Victoria, B.C., 22:3
- See also* Reports to House
- See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals, Implementation; Drug abuse—National Drug Strategy, Consultation; Orders of Reference

**Commonwealth Games**

- Thunder Bay, Ont., hosting, 18:11

**Communication** *see* Family

**Community health centres** *see* Health care

**Community Health Services Program** *see* National Health and Welfare Department

**Compendium of Pharmaceuticals and Specialties** *see* Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing, Canadian Pharmaceutical Association

**Computers** *see* Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing, Point of sale; Food—Labelling, ingredients, Alternative

**Condoms** *see* AIDS—Prevention

**Conferences** *see* Child poverty—First Ministers' conference

**Conflict** *see* Family

**Connelly, Carmen** (Canadian Dietetic Association)  
 Health care, Committee study, 52:3, 43-7

**Connors, Kathleen** (Canadian Health Coalition)  
 Health care, Committee study, 47:3, 17, 21-3, 25-7, 30-2, 34

**Constitution** *see* Meech Lake Accord; Native people—Jurisdiction

**Consultation papers** *see* Canada Pension Plan survivor benefits

**Consumer and Corporate Affairs Department** *see* Food—Labelling, ingredients, Jurisdiction

**Consumers** *see* Alcohol—Price; Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing—Labelling, Information; Food—Additives—Labelling, ingredients; Health care—System, Control; Health food industry; Hospitals—Technological services, Cost

**Consumers Association of Canada** *see* Witnesses

**Contagion** *see* Drug abuse

**Contamination** *see* Food; Water quality

**Convention on Narcotic Drugs** *see* Drug abuse—United Nations program

**Convention on Psychotropic Substances** *see* Drug abuse—United Nations program

**Convictions** *see* Drug abuse—Law enforcement

**Copps, Sheila** (L—Hamilton East)

Addiction Research Foundation, 8:25-7

AIDS, 5:15-21, 33-5; 16:15-6, 31-4; 35:9-12

Alcohol, 3:20; 13:11

Alcohol abuse, 6:7-8; 10:16

Committee study, 11:22-5, 32-5; 12:11-3, 25-6; 13:10-4, 24-5, 29; 21:4, 17-21, 25, 32-5, 40; 27:8-13, 20-2, 30-2

Bio-ethics, 52:73

Blood and blood products, 35:20

Canada Pension Plan, 30:13, 15, 20-2; 31:17; 32:7; 34:18-20; 39:23

Canada Pension Plan Advisory Board, 38:23

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,

Committee study, 30:8, 10, 12-3, 15, 18, 20-2; 31:10-1,

14-9, 24-5, 28-30; 32:6-8, 11; 34:16-21, 23; 36:9, 11-4;

38:13-5, 21-3, 25-6; 39:22-3

Canadian Addiction Foundation, 10:14-5

Child care, 31:30; 35:20-2

Child poverty, 50:60

Children, 45:10; 50:61

Correctional Service of Canada, 6:15-6

Disabilities, back pain, 43:20

Doctors, 52:68-70, 87

Drug abuse, 52:89

Committee study, 3:12, 20-4, 27-8, 32-3; 4:22, 26-31;

5:15-21, 33-5; 6:7-10, 12, 15-6, 19-27, 31-2; 8:23-8,

30, 34-5; 9:11-5, 25-6, 28, 31-4, 37; 10:14-6, 20; 11:22-5,

32-5; 12:11-3, 25-6; 13:10-4, 24-5, 29; 21:4, 17-21, 25,

32-5, 40; 27:8-13, 20-2, 30-2

Drugs and pharmaceuticals, 3:22; 6:25-7, 31; 9:33; 11:34; 27:22

Labelling, Committee study, 40:7-8, 10, 20-3, 30-1; 41:12-7, 22, 25-6, 28-31; 49:32

Employment, 31:17-8; 36:11-2

Environment, 48:22-4

Family, 29:9, 11-3

Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:8-10, 19-23

Food, 40:7, 21

Labelling, Committee study, 41:12-7, 22, 25-6, 28-31; 49:7-12, 19-21

Health care, Committee study, 43:4, 18-21, 23, 31-2; 45:10-2,

19; 46:7-12, 33-5; 47:9-13, 17, 27-30, 32-4; 48:13, 21-4;

50:43, 45-8, 59-62, 71; 52:15-8, 28, 31-4, 59, 64, 67-74,

82, 87-92, 113-8, 127

Health care practitioners, 46:9-10; 50:61

Hospitals, 47:32; 50:71

Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:9, 11-3

Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:31-3

Medical Services Program, 35:29

Medicare, 16:12-3; 35:29; 47:27-8; 50:45-8; 52:15-7, 127

National Anti-Poverty Organization, 32:7

National Health and Welfare Department, 9:31-2, 34

Estimates, 1987-1988

Main, 16:11-6, 31-4

Supplementary (C), 35:7-12, 19-22, 25, 27, 29-31

National Revenue Department, 6:19-23

**Copps, Sheila—Cont.**

Native people, 35:8-9; 45:11; 47:13; 50:60

Nurse practitioners, 50:61

Olympics, 18:8-11, 19-20

Pollution, 35:19, 27

Procedure and Committee business

Briefing notes, 47:29-30, 33

Budget, M., 10:3

Correspondence, 48:24

Documents, 9:28; 30:20

*In camera* meetings, 30:8

Information, 30:10, 15, 20; 31:14, 28; 34:18; 36:13; 47:10, 12; 52:32

Members, 6:27; 50:71-2; 52:15

Ministers, 35:7-8, 21, 29

Motions, 21:4; 27:30-1

Organization meeting, 30:5-7

Questioning of witnesses, 11:29; 16:11, 32; 50:72

Quorum, 21:40; 30:6

Staff, 21:4

Vice-Chairman, 30:5-6

References, 6:11

Research, 16:13-4; 18:31-3

Sport, 18:20-1

Tobacco and tobacco products, 43:31

**Corn** *see* Drugs and pharmaceuticals—Additives/excipients

**Corporations** *see* Drug abuse—Workplace

**Correctional Service of Canada**

Staff, professional development programs, cutbacks, 6:14-6

*See also* Drug abuse—Workplace

**Correspondence** *see* Procedure and Committee business

**Côté, Clément M.** (PC—Lac-Saint-Jean)

Drug abuse, Committee study, 2:20-1

Procedure and Committee business, documents, 2:20

**Coulter, Dr. Ian** (Canadian Memorial Chiropractic College)

Health care, Committee study, 43:3, 5-9, 16-7, 19-21, 24, 26-32

**Council on Drug Abuse**

Clients, 19:44, 46

Origins, development, objectives, 19:42-3

*See also* Appendices; Drug abuse—Programs; Witnesses

**Counter Attack Program** *see* Drug abuse—Programs, British Columbia

**Courts** *see* Cannabis/marijuana; Drug abuse

**Couture, Denise** (Pavillon Jellinek)

Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 7-8, 10-4, 17-8

Drug abuse, Committee study, 15:3, 7-8, 10-4, 17-8

**CPP** *see* Canada Pension Plan

**Crack** *see* Drug abuse—Cocaine

**Craig, Iris** (Professional Institute of the Public Service)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,

Committee study, 39:3, 17-23

**Crime** *see* Drug abuse



- Crime Stopper program** *see* Drug abuse—Law enforcement, Solicitor General's Department
- Criminal Code, Food and Drugs and Narcotic Control Acts (amds.)(Bill C-61)** *see* Drugs and pharmaceuticals—Illicit, Legislation
- Criminal justice system** *see* Health care—Psychological services
- Cross-abuse** *see* Alcohol abuse
- CRTC** *see* Canadian Radio-television and Telecommunications Commission
- Culture** *see* Aboriginal cultures
- Cunningham, Bruce** (Addiction Research Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:4, 57-67  
Drug abuse, Committee study, 19:4, 57-67
- Curriculum** *see* Drug abuse—Schools
- Customs and Excise Branch** *see* National Revenue Department
- Cut drugs** *see* Drugs and pharmaceuticals
- Cutbacks** *see* Correctional Service of Canada; Drug abuse—Treatment services, Funding; Family planning; Health care—Native people; Medicare—Federal funding
- Daglish, Susan** (Allergy Information Association)  
Drugs, labelling, Committee study, 40:3, 13-6, 21-6, 28
- Darling, Stan** (PC—Parry Sound—Muskoka)  
National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, supplementary (C), 35:17, 22-4
- Davison, Margaret** (Canadian Hospital Association)  
Health care, Committee study, 46:3-7, 18
- Daycare** *see* Child care
- Daycare centres** *see* Health care—Optometric services, Children
- "Deal and steal"** *see* Drug abuse—Crime
- Death** *see* AIDS; Alcohol abuse; Canada Pension Plan survivor benefits; Children—Accidental death; Food—Additives, allergies; Impaired driving
- Deaton, Richard** (National Advisory Council on Aging)  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 38:3, 8, 13-5
- Decriminalization** *see* Drug abuse—Cannabis/marijuana
- Defensive medicine** *see* Doctors; Hospitals—Diagnostic tests
- Deficit** *see* Economic conditions
- DeGagné, Michael** (TOC ALPHA)  
Alcohol abuse, Committee study, 20:3, 9-10, 22, 24-6  
Drug abuse, Committee study, 20:3, 9-10, 22, 24-6
- DeGuise-Vaillancourt, Dr.** (Association of Canadian Medical Colleges)  
Health care, Committee study, 52:3, 51-2, 65-7, 69-71, 74-5, 79, 85-7, 90-1
- Deinstitutionalization** *see* Health care
- Delorme, Henry** (Federation of Saskatchewan Indian Nations)  
Health care, Committee study, 47:3-11, 13-6
- Demographics** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals—Recipients; Native people
- Deputy Ministers** *see* Public Service
- Designated driver** *see* Impaired driving
- Designer drugs** *see* Drugs and pharmaceuticals
- Desjardins, Gabriel** (PC—Témiscamingue)  
National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, supplementary (C), 35:16-9  
Procedure and Committee business, Ministers, 35:19
- Dewar, Marion** (NDP—Hamilton Mountain)  
Health, 52:44  
Health care, Committee study, 52:12-3, 29-31, 42-4, 48-9  
Medicare, 52:48-9  
Nurses, 52:13
- Diagnostic tests** *see* Hospitals
- Dialysis** *see* Hospitals—Technological services, Waiting lists
- Diazepam** *see* Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Psychoactive
- Diet** *see* Health
- Dietetic services** *see* Health care
- Dietitians**  
Role, 52:38  
Shortage, 52:41, 43, 45  
Training programs, 52:42-4
- Disabilities, back pain**  
Causes, 43:16-7  
Claims, workers' compensation boards, 43:10  
Effects, socio-economic factors, 43:20-1  
Preventive health care, application, 43:18  
Scope, 43:9-10, 17, 24-5  
Treatment, approaches, 43:10-2, 17-8, 20, 23
- Disability insurance**  
National plan, 42:8
- Disability pension** *see* Canada Pension Plan
- Disabled and handicapped**  
Canada Assistance Plan funding, 17:15-6  
Housing, institutional/homecare, cost differential, Association for Community Living recommendations, etc., 17:15-6  
Legislation, Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act  
British Columbia, role, 13:14  
Federal-provincial cost-sharing, 21:29, 31; 27:31-2  
Funding, 7:32-3, 39-40; 16:7  
Nova Scotia, 12:8  
Services, funding, 42:6-7  
Sheltered workshops, 17:30-1  
*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms; Health care—Community, extended health services—Native people
- Diseases**  
Control, reportable, definition, 5:15  
Laboratory Centre for Disease Control, establishing, 35:28-9

**Diseases—Cont.**

Prevalence, increase over time, factors, 52:145

See also Children; Population—Mortality

**Diversions** see Drugs and pharmaceuticals

**Divorce** see Family

**Divorced persons** see Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms

**DNA** see Medical research

**“Do not resuscitate” orders** see Bio-ethics—Palliative care

**Doctors**

Defensive medicine, 52:69

Distribution, 52:83-4, 120

Ethical behaviour

Monitoring, information system, establishing, 52:108-10

Patient relationships, confidentiality, 23:110, 114-5

Family practice, 50:65; 52:65

Human resources

Data bank, Canadian Medical Association establishing, 52:120-1

Planning, 52:84-5

Numbers, 9:28

Practising, remote areas, 52:84, 121

Licensing requirement, 52:85-7, 122

Surplus, projection, 52:83, 85-6

Training, 52:68-71

Internship, 52:52, 64

Technological expertise, specializing, 52:54-5, 69, 85

Updating, 52:78

Women, 52:85, 87

See also Alcohol abuse; Drug abuse—Education—

Prescription drugs; Health—Diet—Promoting; Health

care—Community, extended health services—

Preventive—System; Hospitals—Management; Medicare;

Wellness, holistic medicine

**Doping policy** see Sport—Drugs

**Dorin, Murray** (PC—Edmonton West; Individual presentation)

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 40:3, 5-8

References, private member's motion, 40:5, 7, 9; 41:12

**Dover, William** (Canadian Restaurant and Foodservices Association)

Food, labelling, Committee study, 49:3-10, 12-6, 18, 20-1

**Double doctoring** see Drug abuse—Prescription drugs

**Drinking** see Alcohol

**Drinking and driving** see Impaired driving

**Drug abuse**

Addiction

Definition, 22:24-5

Genetic addiction, 22:85, 91-3

Personality, relationship, 7:34-5

Psychological addiction, 4:7

Sources, beginning, cigarettes, soft drugs, etc., 4:13-4, 20-1

Aetiology, 19:116; 21:5-6, 23; 23:60-3, 65

Age factor, 6:29; 7:19-20

**Drug abuse—Cont.**

AIDS, comparison, relationship, etc., 13:13; 14:13; 23:108; 24:47

Alberta, scope, types, etc., 12:16-9, 25

Amphetamines, 8:18; 20:103

Angel dust (PCP), 6:10; 11:24; 20:49

Australia, 2:17-22

Hard drugs, 2:22-4

British Columbia

Scope, types, etc., 13:4-9; 23:60-1, 74-5, 84

See also Drug abuse—Native people—Programs

Caffeine, 9:18; 22:86

Canadian Armed Forces, control, police forces, role, 3:32

Cannabis/marijuana

Charges laid, 26:11

Cocaine, use, relationship, 6:6; 8:31

Dangers, 8:32-3; 20:19, 23-4, 34-6, 42, 95; 23:67

Decriminalization, impact, 3:21-2; 4:15-6, 22; 7:23; 19:86-7, 92; 20:18-20, 34-5, 71, 95-6; 24:42-3

Effects, 9:15-6

Health effects, 4:30

Purity level, increase, 11:13; 20:35; 22:28

Social acceptability, 8:32; 22:72-3

Tobacco, comparison, 20:23-4, 35-6

United States, 8:25

Use, scope, 4:11; 9:5, 16; 11:10; 19:98; 20:25, 48; 22:73, 100-1

Child care, increased use, relationship, 20:69-70, 116

Cocaine

Addicts, 8:11

Crack, 3:14; 4:11-2; 11:14-5; 14:21; 20:25, 50, 63

Education, 9:17; 23:67

Health effects, 4:9, 29-30

Montreal, Que., 11:19

Scope, popularity, etc., 3:14; 4:15; 8:17; 19:98; 20:50; 22:18, 100

South America, impact, 3:20

Toronto, Ont., 11:14

Treatment, 4:9

Workers, users, number, 10:8

See also Drug abuse—Cannabis/marijuana—Crime

Combating, strategies, 19:114-6

Demand side programs, balance, importance, 11:25-6; 20:47-8

Enforcement, treatment, prevention, intervention, relationships, 6:5; 7:4-7, 20-1, 32-3; 19:112-4

Impediments, 20:91-2

Committee study, 2:17-25; 3:5-33; 4:4-33; 5:5-36; 6:4-32;

7:4-41; 8:5-36; 9:4-38; 10:3-20; 11:4-36; 12:4-27;

13:4-30; 14:4-33; 15:4-40; 19:5-118; 20:5-117; 21:4-40;

22:5-112; 23:5-117; 24:5-67; 25:5-46; 26:4-22; 27:4-34

M. (Mantha), 3:3

See also Orders of Reference; Reports to House—First

Contagion effect, 6:6-8

Cost

Statistics, 22:94

Taxation, factor, relationship, 10:11; 14:10

Courts, sentencing

Charter of Rights and Freedoms, notwithstanding clause, invoking, 22:59-65

Diversion, alternatives, 15:27

**Drug abuse—Cont.****Courts, sentencing—Cont.**

Judgements, leniency, etc., 3:27-30; 6:7, 14; 13:27-8; 20:64; 22:20

Justice, administration, laxity, 6:7, 14-5

Pothier, Hector, football player, 3:28; 13:27

*See also* Drug abuse—Schools, Thunder Bay, Ont.

Crime, relationship, 7:12-3; 11:4, 11-2, 17, 27; 20:55; 22:18, 24-6

Cocaine, 22:89

"Deal and steal", 6:66-8

Illicit drugs/alcohol, 4:21; 14:20

Organized crime, 3:7, 9-13, 25

Motorcycle gangs, 11:5, 14; 20:51

Prison operations, 3:14-5

Proceeds, confiscation, 6:7

Profits, United States legislation, 11:21-2

Public awareness, 7:21-2

Ritalin and Talwin, 11:34-5

Victoria, B.C., 22:19, 26-7

Youth, family property, personal goods, 15:26-7; 23:55

Customs officials, role, 6:16-9, 21-3, 31-2; 7:23

Dependency, 22:86

Chemical dependency, 14:9-10, 12, 16-7

**Detection**

Accuracy, urine/blood tests, 4:27-8; 11:30

Difficulty, 3:23; 4:18; 14:29

Diazepam, 12:12; 20:49-50

**Drug paraphernalia**

Availability, Yonge St., Toronto, Ont., 20:63

Banning, legislation, 3:19; 7:9-10, 13; 11:6, 20-3, 27, 31; 12:23; 15:28; 20:7, 14, 36-7, 41, 46, 103, 108-9

Head shops, 7:13-4; 8:34; 11:15-6; 20:36, 60, 64, 66-7, 96-7, 103, 105; 27:7-8

Jurisdiction, 20:38, 46

Prohibiting, implications, 52:118

Economic impact, 3:16

**Education**

Activities, CFL/NHL co-operation, 3:18, 26-7, 30; 7:6-8, 19

Decision-making skills, refusal skills, saying no, etc., 20:68-9, 108; 23:77-80

Doctors, lack, 23:101; 24:44-5, 48; 27:19

Funding, allocation, 4:26; 9:11-2, 25-6; 11:23-4; 27:32-3

Importance, prevention role, 3:17; 4:10; 11:18

Materials, 24:46-7

Narcotics Anonymous, 15:17-8

Parental influence, importance, 20:40, 103-4

Reformed addicts, role models, dangers, 15:15, 17

Risks, 4:16-7; 15:14-5

Scare tactics, 7:18, 22-4; 9:7-8; 23:12-3

Utility, 8:16-7; 13:27; 23:13

*See also* Drug abuse—Cocaine—Government role—Native people

Education system, programmed failure, impact, 23:68-9, 71-2

**Families**

Children, acting out, 23:53-4, 56-8

Dysfunctional, role, 22:92-3

Impact, communication, importance, 15:30-1; 20:41-2, 70; 23:21

Parents, habits, impact, 13:21

Security component, 23:73

**Drug abuse—Cont.****Families—Cont.**

Structure, importance, 23:64

*See also* Drug abuse—Crime, Youth—Native treatment centres

Glue-sniffing, 6:13-4; 21:31

Government role, 8:14-6; 15:9; 19:55, 76, 102-3

Education, 8:28-30

Funding, 19:10-2, 27-8; 20:45-6; 27:25-8

Leadership, 20:106

Programs, publications, etc., 9:8-10, 14-5; 19:47, 55, 117; 24:40-1; 27:7

Growth, 3:20-1; 4:10-1, 26-7; 6:10

Alcohol abuse, comparison, 3:20; 6:9-10

Hashish, 3:11-2; 4:11; 19:98

Montreal, Que., 11:9-10

Sources, 20:48

Health effects, 3:24; 9:6-7

Amotivational syndrome, 4:30

Evidence, availability, 20:88-9

Withdrawal, 4:9

*See also* Drug abuse—Cannabis/marijuana—Cocaine

**Heroin**

Addicts, 8:27

Number, Ontario, profile, 3:20

United Kingdom, 6:7

Distribution, 3:14; 20:51

Montreal, Que., 11:8-9

*National Drug Intelligence Estimate*, 11:7

Sources, 20:51

Toronto, Ont., 11:13-4

United States, comparison, 4:13

Historical perspective, 22:37

Information, availability, 23:9

Interdepartmental secretariat, 9:12; 11:6

International co-operation, co-ordination, 21:30-2

**Law enforcement**

Alternatives, 20:102-3

Budgets, funding, lack, 11:17

Charter of Rights and Freedoms, effects, 22:20

Convictions, statistics, 8:11-2; 9:5; 15:21; 22:25, 29

Expenditures, 19:43

Importance, 13:16

Inconsistencies, 26:13-4

Jurisdictional considerations, 3:19

Officials, duties, dangers, etc., 3:17; 20:61

Police, 7:4, 10-1

Priority, 22:29-30

Prison space, impact, 3:29

Role, 8:24-5

Solicitor General Department, Crime Stopper program, 27:30

Staff, 15:21

Strategy, 11:17-8

Student informants, risks, 6:12

Legislation, utility, 20:6-7

Lifestyle changes, impact, PARTICIPAction, etc., 8:35; 9:7; 15:27; 22:31, 33-5; 24:41

LSD, 11:13; 20:49; 21:38

Speed, etc., revival, 6:10



**Drug abuse—Cont.**

Manitoba, 19:53

*See also* Drug abuse—Native people**Media**

Anti-drug messages, CRTC regulations, prohibiting, 7:14-7

Availability, use, United States, comparison, 7:17

Role, responsibility, 6:9; 22:66-9, 75; 23:19, 22

Television, 8:23-4

Methadone, 8:11, 27-8; 13:10-1; 23:115-6; 24:49-50

Movies, *Reefer Madness*, 11:33

Multi-disciplined approach, 20:51-2

National Drug Strategy, 42:6, 31

Administrative structure, 24:42-3

Ambivalence, 20:95-6

Balance, 27:14-5

Components, 16:18; 20:89-92, 94-7; 23:10-1; 27:14-5, 20; 42:7

Consistency, importance, 20:92-3

Consultation, Committee role, 27:5

Cost-sharing, 7:32-3

Development, J. Epp role, 9:12, 17, 20; 12:19, 26; 13:13-4; 15:20-1; 16:25; 19:16-7; 20:17-8, 61, 110; 27:4-5

Announcement, May 25/87, 21:4, 27, 32; 22:79; 24:25

Funding, 9:13-4, 17; 22:74-5, 94-5; 23:26-7; 24:46; 25:28, 30-1, 33-4; 27:6, 25-8; 35:6-7

Planning and information exchange, 19:117

Utility, 26:12

*See also* Drug abuse—Native treatment centres

National Health and Welfare Department, role, 22:75-6

*See also* Drug abuse—Native people

National Native Alcohol and Drug Abuse Program

Access, administration, eligibility, etc., 9:14; 16:30-1; 21:6, 9-12, 16-9, 24-5; 22:70-2, 77-8; 23:48; 24:22-3; 25:11-4, 20, 26

Components, 25:8-9, 25, 37-8

Funding, 21:13-5; 24:11, 19, 23-4, 52-3, 55-6, 58; 25:8, 18, 20-2, 27-30, 37, 43-4; 27:11-4

Interdepartmental co-operation, 25:40-1

Nielsen Task Force analysis, 21:26-7; 25:10, 22-3

Objectives, 25:7, 36-7

Prince Edward Island, 21:7, 19

Representation, 21:25-6; 25:10

Saskatchewan, 24:51, 54-5, 57, 59

**Native people**

British Columbia, 19:90

Causes, 21:5-6, 23

Education, need, 19:15; 23:15

Leadership, chief/elder role, view, etc., 21:22-3; 24:12-3, 16-7, 22

Lysol, use, 19:38

Manitoba, 23:41-2

National Health and Welfare Department role, 21:20-2

Provincial services, availability, 21:8, 10

Religion, lack, role, 21:23

Role models, lack, 21:24

Scope, 21:6, 18-9; 23:44, 50-1; 25:32

Tradition, role, 24:21-2

Native treatment centres, administration, clientele,

success/failure, etc., 24:59-63, 65-6; 25:16-7, 31-3, 36-7, 41-2, 44-5

Alkali Lake, B.C., 23:42-3, 45-50; 24:13; 25:9

Family therapy programs, 23:68; 25:24

**Drug abuse—Cont.**Native treatment centres, administration...—*Cont.*

Funding, 21:20; 25:35, 46; 27:8-9, 11-2, 20-2

National Drug Strategy, 21:10; 24:64-5; 25:20, 28, 38-9

Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, relationship, 24:64

Ontario, lack, 25:18-9

Recidivism, 21:20; 25:25-6

Training, 25:39-40

Utility, 23:67-8

New Brunswick, 13:18-23, 29-30

Nova Scotia, 12:4-7, 9, 12-4, 20

Ontario, 19:21; 20:48, 116

*See also* Drug abuse—Heroin—Native treatment centres—Programs, Eastern—Schools, Students

Opium, 3:7-8

Outaouais, Que. region, 15:4-6, 8-10, 12-3, 18

**Personal factors**

Addictive nature, role, 13:17; 22:91

Denial myths, syndromes, 15:28-9, 36; 23:90

Insecurity, fears, lack of control, etc., 23:70-3

Invincibility syndrome, 20:63

Responsibility, problem-solving, coping, relationship, 19:39-40

Self-esteem, 6:14-5; 19:114; 23:52

Poisonings, 9:6

Pornography, relationship, 11:18-9

Prescription drugs, 4:32-3; 6:13; 8:10, 17; 9:6, 28; 14:10-1; 19:100, 104; 20:49-50; 24:45

Doctors, male, role, 9:30-1, 36-7

Double doctoring, 12:13-4; 20:57; 41:27

Numbering, 11:28-9

Valium, 22:90-1

Women, risks, 9:20, 22-3; 19:99

**Prevention**

Addiction Research Foundation study, 10:18-9

Cost-effectiveness, 19:48; 23:81

Development, 23:8-9, 81-3

Expenditures, 19:43

Strategies, 20:51; 23:64, 80-1

Programs, 4:9, 13, 24-5

British Columbia, Counter Attack, 22:16-7, 23

Community-based, utility, effectiveness, 19:14

Council on Drug Abuse, 19:45-7, 53-4

Drug Awareness Program, RCMP role, 7:4-9, 20-1, 26

Early identification programs, 15:23; 19:18

Eastern Ontario, lack, 4:16-7, 25-6; 15:22

Effectiveness, evaluating, 7:41

Focus, people/drugs, 23:66

Funding, corporate tax incentives, 23:35-6

Hospitals, 4:6, 10

Labour groups, 9:23

Materials, French language, availability, 14:31

Parents Against Drugs, organization, community support, etc., 20:29-33, 38-9, 44-5

Prison, 20:21-2

Provincial programs, lack, 21:30; 22:23

Rehabilitation, federal funding, 7:40

Residential, utility, 19:24

United States, *Just Say No* program, Canadianization, 20:30, 41, 45-6

**Drug abuse—Cont.****Programs—Cont.**

Universities, 23:29

See also Drug abuse—Government role—Law enforcement, Solicitor General Department—School board

Prostitution, relationship, 3:18-9; 20:113; 22:22, 25

Public attitudes, concern, etc., 19:97-9, 101-2

**Publications**

*Straight Facts About Drugs*, 6:5; 7:9

See also Drug abuse—Government role, Programs

Quebec, 7:12, 21-2, 24; 19:90-1

Research, 9:23-5; 10:10-1; 14:23-4; 19:35, 43; 24:41

Methodology, 15:14; 19:100-1

Risk-taking-as-cause factor, 19:64

Royal Canadian Mounted Police, role, 3:6; 27:32-4

See also Drug abuse—Programs, Drug Awareness

Royal commission, establishing, 23:29-30

Saskatchewan, 7:28-31, 34; 19:95

See also Drug abuse—National Native Alcohol and Drug Abuse Program

School board programs, scope, implementation, success/failure, etc., 6:11; 8:31; 19:54, 88

Alcohol and drug law courses, need, utility, 26:4-6, 18-20

Efficacy, 26:17-8

Federal role, 26:9-11

Focus, broadening, 26:6-7, 14-6

Follow-up programs, 20:73

Grade levels, 26:7-9

Need, 20:52; 23:17-9; 26:6, 9, 17-8

Ottawa, Ont., 19:78-81, 84-6; 15:22-3, 28

Prevention element, 19:107-9; 26:17-8

Professional development, 20:101

Training, 26:7

Schools, 7:37-9; 15:37-9; 19:47

Curriculum, 19:13-4

Penalties, 20:73

Students, Ontario, statistics, 8:12-4

Thunder Bay, Ont., principal searching student, court ruling, 6:11

Scope, 3:7, 24; 4:24; 9:4-5; 11:5

Crisis, definition, 3:25; 4:13-5, 27; 9:14, 21-2, 25; 11:23; 12:22; 14:19-20; 26:20-1

Endemic situation, 14:19-20; 23:30-1

Police perception, 6:29-30

Statistics, survey methodology, 19:95-7, 101-2, 105-7, 109; 23:74-6

Senior citizens, 41:20-1; 42:30

Drug diaries, proposal, 41:21-2

Over-medication, 52:89-91, 108

Provincial drug plans, records, computerizing, cross-checking, 52:90

Social acceptance, 3:27-8; 22:33

Alcohol abuse, comparison, 4:29-31

Socio-economic factors, 4:12-3; 7:11-2; 22:34; 37:6

Street drugs, 14:11

Stress, suicide, relationship, 12:24-5; 14:16; 48:10

Substance abuse, 22:25, 30-1, 33

Testing, mandatory, 4:17, 19-20, 27; 7:23; 10:12-4, 16-7;

11:16-7, 24-7, 30-1; 12:23; 13:10; 23:100

Charter of Rights and Freedoms, implications, 22:48-9

**Drug abuse—Cont.****Testing, mandatory—Cont.**

Members of Parliament, 13:27-9

Utility, 14:12; 20:61; 22:47; 26:12-3

Toronto, Ont., 11:12; 20:55

See also Drug abuse—Cocaine—Drug paraphernalia,

Availability—Heroin

Trafficking, 4:18-9; 20:20, 35, 54; 22:35

Treatment facilities, 4:10, 24-5; 14:14

Alwood House, Carleton Place, Ont., 15:31-2

Beech Hill, New Hampshire, 15:24-5

Funding, OHIP, etc., 16:17-9

Our House, Ottawa, Ont., 15:31

Regional centres, 23:109-10

United States profit centres, 14:14-5, 21-2

Women, sheltered residences, shortage, 13:24-5

See also Drug abuse—Workplace

Treatment services, 19:23, 26-7, 43, 54-5

Church, role, 15:15-6

Funding, cutbacks, etc., 10:11-2; 15:20-1; 23:26, 33-4

Lack, 3:18; 22:83; 23:29, 64

Recidivism, 22:32

Training programs, 20:52

Ward teams, 22:81

Treatment strategies, 4:7-8

Neuroelectrotherapy, 14:17

Subjective experience change, neuro-linguistic therapy,

22:51-3, 58-9, 93-4, 106

Demonstration, 22:53-8

United Nations activities, 3:6-7; 9:12-4; 21:35-6

Convention on Narcotic Drugs, 1961, 21:29, 37

Convention on Psychotropic Substances, 1971, 21:29, 31-4, 36-7; 27:6-7, 10

United Nations Fund for Drug Abuse Control, 21:28-9, 31, 33-4, 38-9

Vienna Conference, June 1987, 27:4

World Health Organization role, 21:35

Victims, 20:112; 22:22; 23:24

Profile, 4:5, 8; 7:11; 15:15; 19:99

Root causes, 19:25; 22:34, 36, 38-9

See also Alcohol abuse—Rehabilitation facilities, Other

**Women**

Over-medication, 52:91

See also Drug abuse—Prescription drugs—Treatment facilities

Workplace, 10:5-7, 9, 19; 11:6; 14:15, 17; 19:57-60, 62-3, 65; 20:52-3, 62; 22:42-7; 23:90-2; 42:8

Accidents, causes, insurance benefits, relationship, 20:62;

22:47-50

British Columbia Telephone Company, 27:19-20

Canadian Labour Market Productivity Centre, 10:14

Corporate projects, tax incentives, etc., 10:11, 17-8

Correctional Service of Canada study, 19:92-3

Employee assistance programs, 23:86-9, 93-6, 100-1

Labour unions, role, 23:88-9

Productivity loss, 10:6, 9; 11:16

Rehabilitation, dollar investment, return, 10:8

Screening, 19:66-7; 23:99-100

Surveys, 19:57, 61

Therapy, counselling, importance, 10:19; 11:24-5

Time loss, 23:87-8

**Drug abuse—Cont.**

## Workplace—Cont.

Transportation sector, 19:63; 23:100

Youth, 19:22, 30, 49-50, 53

Causes, 19:34-5, 116

Combatting, 8:28; 23:20-1

Experimentation culture, increase, 20:113

Increase, 14:19

Information, receptivity, 20:43-4

Parental education, importance, etc., 11:26; 19:46, 50-2

Patterns, 15:7-8, 31-3; 19:31; 20:109-12

Peer pressure, role, 15:16-7, 26; 20:63; 22:39-40

Policy development, direction, 15:32-3

Preferences, drugs of choice, 20:65-6, 98-9

Profile, 15:12, 34-5; 19:41

Recidivism, 20:114

Statistics, 9:22; 15:24

Stereotyping, 22:24

Unemployment, role, 19:35-6

United States, comparison, 19:33-4

Upbringing, impact, 23:27

*See also* Drug abuse—Crime

Youth treatment services, 19:23, 31-2, 36-8, 56

Accommodation, availability, 19:35; 23:26, 37-9

Cost, 20:114-5

Franco-Ontarians, 14:32

Lack, 14:18-9, 24; 15:10, 19, 24-5; 19:33, 50, 94-5

*See also* Alcohol abuse—Cross-abuse**Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria**

Budget, 22:94

*See also* Witnesses**Drug diaries** *see* Drug abuse—Senior citizens**Drug manufacturers** *see* AIDS—Drugs; Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing**Drug paraphernalia** *see* Drug abuse**Drugs and pharmaceuticals**

Access, 3:13; 49:23

Additives/excipients

Corn, 40:15-6

Definition, 40:10

Non-medicinal ingredients, 49:24

Propylene glycol, 40:12, 15, 26-7

Sodium metabisulphites, 40:14

Allergies, adverse reactions, 40:5-6, 11-3, 19; 49:24-5, 36

Consumption, 8:16; 9:19-20

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Non-prescription drugs

Cultivation, South America, 20:14-5

Cut drugs, mixtures, rat poison, manure, etc., 7:17-8

Demand, 3:15

Demand/supply, 9:35-6

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Illicit drugs

Designer drugs, control, 9:29-30, 33; 20:7, 10-2, 18; 21:30, 37-8

Diversions, 9:29-30, 36, 38; 11:28, 34-5

Illicit drugs

Demand/supply, 20:57-8; 22:21; 23:20-1; 26:21

Legislation, Bill C-61, disposition, impact, etc., 22:23; 27:16-7, 22-5, 29

Ownership, state disposition, 20:59-60

**Drugs and pharmaceuticals—Cont.**

## Illicit drugs—Cont.

Seizure, 9:16; 22:27-8

Sources, 3:9-11, 22; 7:23; 9:35; 11:10, 34

Trafficking

Assets, confiscation, 20:54-8; 22:20-1, 28-9

National Revenue Department, curtailment activities, 6:21-5, 31-2

United States, legislation, 20:7-8; 27:17, 23-4

Ingredients, disclosing, 40:9; 49:26-7, 36-7; 52:138

Advertising, 49:23-4

Canadian Pharmaceutical Association publication, *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, 49:23

Consumers' rights, responsibilities, etc., 49:26, 32-3

Drug manufacturers, 40:15-6, 21-2, 24-6; 49:23

Health care practitioners, role, 40:27-8; 49:23, 25, 31, 33-4

Pharmacists, role, 40:19-20; 49:27-30, 33

Point of sale computer terminals, 49:26, 30, 34-6

Public awareness campaign proposed, 49:27, 31-2

Qualitative/quantitative disclosure, 40:25-6

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Additives/excipients, Non-medicinal

Labelling, 40:6, 11-3, 17-8, 23-4; 41:8, 11, 19

Committee study, 40:5-31; 41:5-31; 49:22-38

*See also* Orders of Reference; Reports to House—Fourth

Cost considerations, 49:37-8

Food and Drug Act, regulations, amending, 40:6; 41:8

National Health and Welfare Department, Information letter 733, Jan. 15/88, proposed amendments, 40:8-9, 20-2; 41:12; 49:26

Food labelling, relationship, 40:7-8, 11, 22-3; 41:22

Generic drugs, application, 49:30, 34-5

Government publication, *Guide for the Labelling of Drugs for Human Use*, 41:7

Independent advisory committee, 41:7; 49:27

Information provided to consumers, 41:6-8

Non-prescription drugs, application, 40:17; 41:7

Patent medicines, 41:11-2

Prescription drugs, application, 40:27-9; 41:6, 20; 49:25-6

Original package dispensing, Eastman report recommendation, 40:28; 41:20; 49:25

Public support, 40:21; 41:5

Voluntary guidelines, 40:17; 41:8; 49:24-5

Warning labels, 20:7

*See also* Orders of Reference; Reports to House—Fourth

Mood-altering drugs, advertising, banning, 20:103-5

Non-prescription drugs

Consumption, purpose, etc., 8:11; 40:16-7

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Labelling

Ontario, taxation, 14:10

Pain-killers, use, 23:24-5

Placebo effect, 40:12-3, 23-4, 29-30

Prescription drugs, 50:58; 52:109, 154

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Labelling

Production, aboriginal cultures, relationship, 3:7-8

Psycho-active drugs, diazepam, etc., 9:34, 37-8

Senior citizens, multiple use, 49:31

Overuse, cost implications, 50:25, 36

Smuggling, 6:19, 25-9, 31; 13:27



**Drugs and pharmaceuticals—Cont.**

Street marketing, 6:8-9

Supply, 3:17; 6:28; 20:47, 53-4

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Demand/supply

Testing, National Health and Welfare Department, 1:31-2; 40:20

*See also* AIDS; Amphetamines; Angel dust; AZT; Caffeine; Cannabis/marijuana; Cocaine; Diazepam; Drug abuse; Hashish; Health food industry; Heroin; LSD; Methadone; Opium; Speed; Sport; Valium

**Drunk driving** *see* Impaired driving

**Drunkenness** *see* Alcohol abuse

**Duchesneau, Jacques** (Canadian Association of Chiefs of Police)

Alcohol abuse, Committee study, 11:3, 8-12, 16-21, 23-6

Drug abuse, Committee study, 11:3, 8-12, 16-21, 23-6

**Duguay, Leo** (PC—St. Boniface)

AIDS, 50:66

Child poverty, 45:19

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 41:22-5, 28

Economic conditions, 52:129-30

Food, labelling, Committee study, 41:22-5, 28

Health care, Committee study, 45:19, 21; 47:13-5, 20-3, 30-1; 50:9, 15-7, 27-8, 65-70; 51:24-6; 52:102-5, 107-8, 123, 127-30, 156-9, 161

Hospitals, 47:30-1; 50:28, 68; 52:103, 105, 107

Medicare, 50:66; 52:102-3, 128-9

Procedure and Committee business

Briefing notes, 47:30, 32-3

Information, 52:107

Wellness, holistic medicine, 52:156-9

**Dulude, Louise** (National Action Committee on the Status of Women)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 31:3-33

**Dykeman, Ron** (National Health and Welfare Department)

Drug abuse, Committee study, 9:3, 27-38

**Dyson, William A.** (Economic Communication Group)

Health care, Committee study, 48:3-14

References, background, 48:4-5

**East Germany** *see* Olympics—1988 winter games, Drug screening

**Eastman report** *see* Drugs and pharmaceuticals—Labelling, Prescription drugs

**Economic Communication Group** *see* Witnesses

**Economic conditions**

Deficit, decrease, 20:91

Economic growth, factors, 52:131-3

Interest rates, impact, 52:129, 132-4

Japan, 52:129-30

*See also* Medicare—Federal funding

**Economic Statement, November 1984** *see* Medicare—Federal funding

**Edmonton, Alta.** *see* Committee—Travel

**Education**

Jurisdiction, 26:10

*See also* AIDS; Child poverty; Drug abuse; Food—Additives, allergies, Public; Health care—Dietetic services; Sex education; Television

**Elderly persons** *see* Senior citizens

**Employee assistance programs** *see* Drug abuse—Workplace

**Employment**

Part-time employment

Workers, numbers, 36:5, 15

*See also* Canada Pension Plan—Amending, Homemakers

Service industries, free trade agreement, impact, 36:17

Sick leave, national average, 23:87

Women, 36:5, 7-8, 15, 27; 39:11

Family responsibilities, combining, implications, 36:5, 16, 18

Trends, 31:17-8; 32:4; 36:11-2

Wage and salary gap, 36:5, 15-6

*See also* AIDS; Child care—Availability; Child poverty—Alleviating; Nurses; Poverty

**Endemic situation** *see* Drug abuse—Scope

**Engineering** *see* Genetic engineering

**England** *see* United Kingdom

**Entertainment** *see* Alcohol abuse

**Environment**

Environmental sensitivity, medical condition, 48:23-4

Background, diagnosis, 48:15, 19

Epp, J., statements, 48:16, 18, 23; 52:142-3

Office buildings causing, 48:22-3

Public awareness, promoting, 48:18

Recognition, 48:16-8, 20

Remedy, avoiding sensitivity sources, 48:18-20

Research, need, 48:21-2

Treatment, federal/provincial role, 52:139, 141-2

Health protection, 42:9-10; 52:10, 137-8, 141

**EPF** *see* Established Programs Financing

**Epidemic** *see* AIDS

**Epp, Hon. Jake** (PC—Provencher; Minister of National Health and Welfare)

Abortion, 16:26-8

Acid rain, health risks, 35:18-9; 42:32-3

AIDS

Africa, 5:28-9

Carriers, 5:14-5; 17:10

Cases, 5:5-7, 31-2; 16:28-9; 42:27

Causes, 5:18-9

Deaths, 5:6

Drugs, 5:22; 16:15-6; 42:15-6

Education, 16:33-4; 17:8-9; 42:27

Employment, 5:33-4

Government expenditures, 5:8-9, 16-7, 19-20, 29-30

Information, 5:7-8, 31; 42:28-9

International co-operation, 5:6-7

National strategy, 42:7, 27

Native people, 5:21-2

Prevention, 5:15; 35:9-12

**Epp, Hon. Jake—Cont.****AIDS—Cont.**

- Research, 5:8-9, 12; 42:28
- Sex education, 5:13
- Testing, 5:24-5, 27-9
- United Kingdom, 16:36
- Victims, 5:32

**Alcohol, 27:17-9****Alcohol abuse**

- Committee study, 27:3-33
- Rehabilitation facilities, 16:17, 19

**Blood and blood products, 35:20****Canada Assistance Plan, funding, 16:6; 42:6****Canada Pension Plan, 16:20, 22, 28; 17:12-5, 22**

- Amending, 34:10, 19-20; 42:26-7
- Definition, 34:9
- Disability pension, 34:13; 35:18
- Reforms, 16:9

**Canada Pension Plan survivor benefits, 42:14-5, 25-6**

- Consultation paper, Committee study, 34:5-23

**Child care, 35:17, 21-2; 42:33-4****Child welfare programs, 35:26, 32****Children, sexual abuse, 35:7, 13; 42:7, 22-4****Disability insurance, national plan, 42:8****Disabled and handicapped, 16:19; 17:15-6, 31; 27:31-2; 42:6-7****Diseases, 5:15; 35:28-9****Drug abuse, 16:17-9, 30**

- Committee study, 5:5-35; 27:3-33
- National Drug Strategy, 35:6-7; 42:6, 31
- Prescription drugs, 41:27
- Senior citizens, 41:21-2; 42:30
- Treatment facilities, 16:17, 19
- Workplace, 42:8

**Drugs and pharmaceuticals, 27:16-7, 24-5**

- Labelling, Committee study, 41:5-14, 16-9, 21-5, 27-30

**Environment, health protection, 42:10****Family**

- Divorce, 35:7
- Violence, 42:7, 22, 24-5

**Family Allowances, 16:7****Family planning, 42:13-4****Federal-provincial fiscal arrangements, 17:18-20****Fitness and Amateur Sport Ministry of State, 16:9-10; 42:8****Food, 42:7**

- Labelling, Committee study, 41:5-14, 16-9, 21-5, 27-30

**Food banks, 17:25-6****Health care**

- Federal funding, 16:7; 35:13-5; 42:6, 18-20
- Native people, 35:7, 30
- Preventive, 16:7; 42:19
- Social services, 16:8

**Homeless people, 17:25-6****Hospitals, equipment, 42:7****Immigrants, 5:26-8****Immunization, 35:5-6****Impaired driving, 35:6, 23-4; 42:6****Income security programs, 35:6; 42:7****Medical Research Council of Canada**

- Budget, 17:23-4; 42:9
- Expenditures, 16:10-1
- Grants program, 42:9, 21

**Epp, Hon. Jake—Cont.****Medical Services Program, 16:8****Medicare, 17:21, 27-30****Cost-effectiveness, 35:30****Extra-billing, 16:12****Federal funding, 16:7; 35:13, 15-6, 30-1****Services, 16:13; 35:29-30****National Biotechnology Strategy, funding, 35:7****National Health and Welfare Department estimates****1987-1988, main, 16:6-20, 22-37; 17:5-10, 12-35****1987-1988, supplementary (C), 35:4-32****1988-1989, main, 42:5-16, 18-34****National Revenue Department, 27:29-30****Native people, Lubicon Lake Indian Band, 35:8-9****Old Age Security****Expenditures, 16:6; 35:6****Spouses' allowance, 17:33-4****Olympics, 16:9-10; 35:7; 42:8-9****Pensions, 17:32-3****Pollution, 35:19-20, 22-3, 27****Pornography, 42:24****Poverty, 17:6-7; 35:17-8****Procedure and Committee business****Documents, 5:6****Information, 34:19****Ministers, 16:13; 35:5, 8-9, 13, 32; 42:10, 19, 24, 32****Questioning of witnesses, 16:11****Room, M. (B. Turner), 16:6****Witnesses, 27:8-9****Public Service, 5:23****References see Appendices; Drug abuse—National Drug Strategy, Development; Environment—Environmental sensitivity; Poverty—Personal choice****Research, 16:14-5, 23-4****Senate, 17:29****Senior citizens, 35:13****Programs, 42:30-1****Provincial drug plans, 35:13****Senior Citizens Ministry of State, 35:6, 16-7****Smoking, tobacco use, 42:6****Social programs, 34:22-3; 42:8****Sport, 42:8****Water quality, 42:7, 10-2****Welfare, 35:24-6****Equality of opportunity see Native people****Erlichman, Louis (Canada Pension Plan Advisory Board)**

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 38:3, 16, 19-28

**Erola, Hon. Judy (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)**

- Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:3, 22-7, 30-1, 33, 35-8

**Errata see Procedure and Committee business****Established Programs Financing see Health care—Federal funding****Estimates see National Health and Welfare Department****Ethics see Bio-ethics; Doctors; Health care—Costs****Extended health services see Health care—Community**

**Extra-billing** *see* Medicare

**Fair Play Commission** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State

## **Family**

Breakdown, 29:7, 16-7

Communication, amount, 23:19, 21

Conflict, sources, 29:11-3

Divorce, family orders enforcement, 35:7

Family service agencies, 29:9-10

Government support, 37:16, 23-4

Importance, public opinion polls confirming, 29:7

Poverty, CAP assistance, 35:31

Promoting, 29:7-10, 19-21

Role, functions, 29:6

Societal pressures, 29:6, 12, 14

Structures, 29:7, 14, 17-8; 30:11

*See also* Canada Pension Plan survivor benefits—  
Consultation paper reform proposals

Tax system supporting, 29:13-4

Violence, government programs, developing, 42:7, 22, 24-5

*See also* Alcohol abuse; Canada Pension Plan survivor  
benefits—Consultation paper reform proposals; Drug  
abuse; Employment—Women; Senior citizens—Housing;  
Television

## **Family Allowances**

Funding, 16:7

National Council of Women of Canada, position, 36:12

*See also* Child poverty—Alleviating; Health care—Pre-natal,  
Encouraging

**Family life** *see* Marriage and family life; Television

**Family orders** *see* Family—Divorce

## **Family planning**

Funding, cutbacks, 42:12-3

National Health and Welfare Department, 42:13-4

Policy, 42:13

**Family practice** *see* Doctors

**Family service agencies** *see* Drug abuse—Youth treatment  
centres; Family

## **Family Services Canada**

Role, representation, activities, 29:9

*See also* Witnesses

**Fast food** *see* Food—Labelling, ingredients

## **Federal-provincial fiscal arrangements**

Federal spending power, 17:18

Meech Lake Accord, impact, 17:19-20

Value for money analysis, automatic reviews, etc., 17:18-9

**Federal-provincial relations** *see* AIDS—Prevention; Canada

Pension Plan—Amending, Process; Environment—

Environmental sensitivity, Treatment; Marriage and family  
life

## **Federal Superannuates National Association**

Role, representation, 33:4

*See also* Witnesses

## **Federation of Saskatchewan Indian Nations**

Role, representation, 47:4

*See also* Appendices; Witnesses

**Felling, Rita** (Individual presentation)

Alcohol abuse, Committee study, 23:3, 53-8

Drug abuse, Committee study, 23:3, 53-8

**Fetology** *see* Abortion

**Finestone, Sheila** (L—Mount Royal)

AIDS, 17:8-11

Alcohol abuse, Committee study, 14:15-8, 22, 28-30, 32

Drug abuse, Committee study, 14:15-8, 22, 28-30, 32

Food banks, 17:25

Committee study, 14:8

Homeless people, 17:25

Medicare, 17:26-7

National Health and Welfare Department estimates,  
1987-1988, main, 17:6-11, 24-30, 33-4

Old Age Security, 17:33-4

Poverty, 17:6-7

Procedure and Committee business, questioning of witnesses,  
17:30

Senate, 17:29

**First Ministers' conferences** *see* Child poverty

**Fisheries** *see* Shellfish industry

**Fitness** *see* Health; Sport

## **Fitness and Amateur Sport Ministry of State**

Estimates, 1987-1988, main, 18:4-27

Fair Play Commission, 18:5

International Relations for Sport and Fitness directorate,  
establishing, 42:8

Mandate, 18:4-5

Minister, expense account, 18:21-3

Official languages policy, 18:7

Olympic Coin program, 16:25

Programs, 16:9-10

PARTICIPAction program, privatizing, 43:23

Tribute to Champions program, 18:5

**Fletcher, Susan** (National Advisory Council on Aging)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,  
Committee study, 38:3, 9

Health care, Committee study, 51:3, 13

**Foetal alcohol syndrome** *see* Alcohol abuse

## **Food**

Additives, allergies, 41:18

Adverse reactions, legal liability, lawsuits, etc., 49:12-3, 15  
Allergy charts, developing, restaurants displaying, 49:6-9,  
13, 21

Application, restaurant types, 49:10-1, 16-7, 19-22

Allergy remedies, portable kits, providing, 41:12, 23-6, 28-9

Background, awareness, 49:13

Consumers, responsibilities, 41:10; 49:14, 16, 37

Deaths, 40:7; 41:8, 13, 15-6, 25-6

Food service industry awareness, 49:6-7

Government consultations, 41:10-1

Information, distributing, 52:138

Public education, 41:9-10; 49:7, 16, 18-9



**Food—Cont.**Additives, allergies—*Cont.*

Research, need, 49:7

Sulphites, use, restricting, 52:138

Contamination, regulating, 42:7

## Labelling

Committee study, 41:5-31; 49:4-22

*See also* Orders of Reference; Reports to House—Fourth

Labelling, ingredients, 41:18-9, 24-5, 30-1

Alternative, point of sale computer terminals, 49:34-5

Canadian Restaurant and Foodservices Association, support, consultation, 41:9, 11; 49:4, 7

Consumers, awareness, responsibilities, 41:10-1, 16-7

Cost considerations, 41:29

Criteria proposed, 49:5-6

Fast foods, application, 40:7-8; 41:8, 11, 27; 49:8-9, 12, 20-1

Full-service restaurants, comparison, 49:17

Independent operators/chains, 49:9-10, 14-5

Packaging, single/multi-use, 49:9, 19-20

Food service industry position, 40:21; 41:9

Government commitment, consultations, 41:15-6, 30

Jurisdiction, National Health and Welfare

Department/Consumer and Corporate Affairs

Department, 41:8-9

Lists, posting, comparison, 41:17

Manufacturers' objections, 40:24-5

Monosodium glutamate, 49:17-9

Pre-packaged foods, 41:9, 12-6, 26-31

Public concern, 49:15-6

Quantitative/qualitative disclosure, 41:19

Requirements, legislating, 49:16

Retailers, restaurateurs, role, 41:16-9, 22, 26

School cafeterias, 41:26

United States, 49:11

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Labelling

Processing, 49:4-5, 21-2

*See also* Child welfare programs**Food and Drug Act** *see* Drugs and pharmaceuticals—Labelling**Food banks**

Committee study, 14:4-9

Proliferation 14:6; 17:25; 37:19

Need, 14:7

New Brunswick to Toronto, Ont. potato shipments, 14:17

Utility, 14:4-5, 8-9

Volume, 14:5

Volunteer sector contribution, 17:26

**Food service industry**

Independent operators, numbers, 49:15

Size, diversity, 49:4

*See also* Food—Additives, allergies—Labelling, ingredients**Football** *see* Drug abuse—Courts, sentencing, Pothier**Fortier, Pierre** (National Health and Welfare Department)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,

Committee study, 30:4, 7-8, 10, 14-6, 20-8, 30, 32-5

**Fraleigh, Sid** (PC—Lambton—Middlesex)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,

Committee study, 30:8

**Fraleigh, Sid—Cont.**

Procedure and Committee business

*In camera* meeting, 30:8

Organization meeting, 30:5

Vice-Chairman, M., 30:5

**France** *see* Alcohol—Advertising; Health care—Pre-natal; Health food industry**Franco-Ontarians** *see* Drug abuse—Youth treatment services; Population**Free trade, Canada-United States agreement** *see* AIDS—

Government expenditures; Employment—Service

industries; Health care; Pollution—Great Lakes cleanup;

Social programs

**Freiler, Christa** (Child Poverty Action Group)

Child poverty, Committee study, 37:3, 21, 23-4

**Fretz, Girve** (PC—Erie)

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 40:23-6

**Frith, Hon. Douglas C.** (L—Sudbury)

Procedure and Committee business

Organization meeting, 1:5-6, 8, 11-2

Printing, M., 1:5

Vice-Chairman, M., 1:5

**Gagnon, Paul** (PC—Calgary North)

Alcohol abuse, Committee study, 12:14, 23-4

Drug abuse, Committee study, 12:14, 23-4

Procedure and Committee business, room, 12:23

**Gamble, Paul** (Hospital Council of Metropolitan Toronto)

Health care, Committee study, 52:3, 60-4, 81-2

**Garcia, John** (Parents Against Drugs)

Alcohol abuse, Committee study, 20:3, 36-8, 45-6

Drug abuse, Committee study, 20:3, 36-8, 45-6

**Gauthier, Jean-Robert** (L—Ottawa—Vanier)

Health care, Committee study, 43:25-9

**Geekie, Douglas A.** (Canadian Medical Association)

Health care, Committee study, 52:4, 101-2, 106-7, 113, 117-8

**Generic drugs** *see* Drugs and pharmaceuticals—Labelling**Genetic addiction** *see* Drug abuse—Addiction**Genetic engineering** *see* Medical research**Geriatric services** *see* Hospitals**Gilberg, Dr. Karen** (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:3, 32-5

**Gilbert, David** (Alcohol and Drugs Program of British Columbia; British Columbia Health Ministry)

Alcohol abuse, Committee study, 13:3-17, 28; 22:4, 111-2

Drug abuse, Committee study, 13:3-17, 28; 22:4, 111-2

**Gill, Thelma** (Canadian Association of Occupational Therapists)

Health care, Committee study, 50:3, 5-20

**GIS** *see* Guaranteed Income Supplement

**Gitelman, Joan** (Parents Against Drugs)Alcohol abuse, Committee study, **20:3**, 29-33, 39-44Drug abuse, Committee study, **20:3**, 29-33, 39-44**Glover, Ludmyla** (Images UnLtd.)Alcohol abuse, Committee study, **22:3**, 50, 58-9Drug abuse, Committee study, **22:3**, 50, 58-9**Glue-sniffing** *see* Drug abuse**Glynn, Dr. Peter** (National Health and Welfare Department)Drug abuse, Committee study, **9:3-15**, 17-27**GNP** *see* Gross National Product**Goodstadt, Dr. Michael** (Addiction Research Foundation)Alcohol abuse, Committee study, **19:4**, 95-111Drug abuse, Committee study, **19:4**, 95-111**Gormley, John** (PC—The Battlefords—Meadow Lake)AIDS, Committee study, **2:13-5**Drug abuse, Committee study, **2:17-8****Gottselig, Bill** (PC—Moose Jaw)Canada Pension Plan Advisory Board, **38:25**Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, **34:15-6**; **38:10-3**, 24-5**Government**Credibility, **20:93-4**, 97, 99**Graham, Bill** (CanCare Canada)Drug abuse, Committee study, **10:3**, 8-19**Graham, Dr. Douglas** (Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace; British Columbia Medical Association)Alcohol abuse, Committee study, **22:3-4**, 47, 49-50, 104-6, 110-1Drug abuse, Committee study, **22:3-4**, 47, 49-50, 104-6, 110-1**Graham, Gail** (Native Council of Canada)Alcohol abuse, Committee study, **21:3**, 7-8, 11Drug abuse, Committee study, **21:3**, 7-8, 11**Grantham, Dr. Peter** (University of British Columbia Family Practice Unit)Alcohol abuse, Committee study, **23:4**, 101-17Drug abuse, Committee study, **23:4**, 101-17**Great Lakes** *see* Pollution**Green, Ian** *see* National Health and Welfare Department—Appointments**Greenstein, Howard** (Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission)Drug abuse, Committee study, **7:3**, 27-41**Grondin, Gilles** (L—Saint-Maurice)Addiction Research Foundation, **19:71**Alcohol, **19:13**; **22:107-8**Alcohol abuse, Committee study, **15:8-11**, 17-8, 34-6; **19:13-5**, 22, 28, 36-7, 50-3, 63-4, 71-2, 90-2, 101-2, 116; **22:9-10**, 22-3, 40-1, 74, 94, 107-8; **23:14-5**, 37-8, 68, 70, 81-2, 100, 115; **24:18-9**, 35-7, 45, 55, 57, 64-6; **25:11**, 20-2, 37-9, 46; 26:7-10**Grondin, Gilles—Cont.**Drug abuse, Committee study, **15:8-11**, 17-8, 34-6; **19:13-5**, 22, 28, 36-7, 50-3, 63-4, 71-2, 90-2, 101-2, 116; **22:9-10**, 22-3, 40-1, 74, 94, 107-8; **23:14-5**, 37-8, 68, 70, 81-2, 100, 115; **24:18-9**, 35-7, 45, 55, 57, 64-6; **25:11**, 20-2, 37-9, 46; 26:7-10Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria, **22:94**Impaired driving, **22:41**Youth Alcohol and Drug Community Action, **15:36****Gross National Product** *see* Medicare—Costs, Relative**Groves, Bob** (Native Council of Canada)Alcohol abuse, Committee study, **21:3**, 14-8, 22Drug abuse, Committee study, **21:3**, 14-8, 22**Guaranteed Income Supplement** *see* Income security programs**Guide for the Labelling of Drugs for Human Use** *see* Drugs and pharmaceuticals—Labelling, Government publication**Gunner, Dr. S.W.** (National Health and Welfare Department)Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, **41:4**, 14-5, 17-8, 25, 28Food, labelling, Committee study, **41:4**, 14-5, 17-8, 25, 28**Hagglund, Rodney** (National Health and Welfare Department)Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, **30:4**, 8-25, 27-34**Hall, Phil** (National Native Alcohol and Drug Abuse Program)Alcohol abuse, Committee study, **23:3**, 49-51Drug abuse, Committee study, **23:3**, 49-51**Halliday, Bruce** (PC—Oxford; Chairman)Acid rain, **42:33**Addiction Research Foundation, **8:30**; **19:24-5**, 38AIDS, **2:16**; **5:27-8**Alcohol, **20:20-1**Alcohol abuse, Committee study, **11:7**; **12:20-1**; **13:16-7**;**15:16-7**; **19:15**, 24-9, 38-9, 55-6, 64-5, 74-6, 93-4,105-6, 116; **20:20-1**, 44-6, 72-3, 79; **22:8**, 12, 75, 77-8, 84;**23:11**, 29, 40-1, 48, 50, 70, 84, 100; **24:37-8**, 46-9, 55-6,65; **25:33-4**, 46; **26:16-7**; **27:8-10**Canada Pension Plan survivor benefits, **42:26**Consultation paper, Committee study, **30:30-1**, 33-5; **31:33**;**33:10**, 20; **36:14**, 25; **38:19**; **39:14**Chemicals, **49:38**Child poverty, Committee study, **37:15**, 25Committee, **20:53**, 87; **23:19**Doctors, **50:65**Drug abuse, Committee study, **2:23-4**; **4:4**, 24-6; **5:27-8**, 31;**6:14-5**, 21-2, 28, 30; **7:18**, 22, 26, 31; **8:30-1**; **9:13**, 26,**36-7**; **11:7**; **12:20-1**; **13:16-7**; **15:16-7**; **19:15**, 24-9, 38-9, 55-6,**64-5**, 74-6, 93-4, 105-6, 116; **20:20-1**, 44-6, 72-3, 79; **22:8**,**12**, 75, 77-8, 84; **23:11**, 29, 40-1, 48, 50, 70, 84, 100; **24:37-8**,**46-9**, 55-6, 65; **25:33-4**, 46; **26:16-7**; **27:8-10**Drugs and pharmaceuticals, **1:31-2**; **6:21-2**, 28, 30; **9:36-8**Labelling, Committee study, **41:16-7**, 19, 28-9; **49:38**Economic conditions, **20:91**Environment, **52:142-3**Fitness and Amateur Sport Ministry of State, **43:23**Food, labelling, Committee study, **41:16-7**, 19, 28-9Health, **46:12-3**

**Halliday, Bruce—Cont.**

- Health care, Committee study, 43:23; 46:12-3, 20, 24-5; 47:16-7; 50:17-8, 31-5, 37-8, 65; 52:18-9, 34-5, 47-8, 101, 118-9, 141-3, 161
- Health care practitioners, 50:37-8; 52:34-5, 118
- Health food industry, Committee study, 1:12, 31-3
- Hospitals, 50:33
- Immigrants, 5:27
- Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:16
- Medical Research Council of Canada, 17:23-4
- Medicare, 50:32; 52:47-9, 118-9
- National Health and Welfare Department, 1:31-2; 24:48-9
  - Estimates
    - 1987-1988, main, 17:22-4
    - 1988-1989, main, 42:26, 33
- Native people, 46:25
- Nurses, 50:34
- Parents Against Drugs, 20:44-5, 72
- Pollution, 52:141-2
- Procedure and Committee business
  - Advertising for submissions, 22:30
  - Agenda and procedure subcommittee, 30:6-7
    - Establishing
      - M. (B. Turner), 1:6
      - M.(Copp), 30:26-7
- Briefs
  - Appending to minutes and evidence, 46:18-9; 47:7
  - Corrections, 48:15
- Business meeting, 1:9-12
- Documents, distribution, 1:13; 30:20; 47:18
- In camera* meetings, 1:7-8; 8:36; 27:30; 30:7-8
- Meetings, 25:5; 47:33
- Members, 3:5; 6:27; 20:5, 10; 26:17; 33:11; 50:72
- Ministers, 25:33; 34:11
- Motions, 27:30-1
- Organization meetings, 1:5-12; 30:5-7
- Printing, minutes and evidence, M. (Frith), 1:5-6
- Questioning of witnesses
  - Chair not recognizing member, 23:58-9
  - Order of questioners, 31:22
  - Personal opinions, 3:32-3
  - Scope, 16:11, 17, 32
  - Time limit, 1:6-7; 5:11; 17:30; 31:22-3; 50:72
    - M. (McCurdy), 1:7
  - Written questions, 51:13
- Quorum, 7:4; 21:39-40; 30:6
  - Meeting and receiving/printing evidence without, M. (McCurdy), 1:6
- Room, 6:32
  - M. (B. Turner), 16:5
- Staff, 17:5-6; 21:4-5
- Vice-Chairman, election, 1:8-9; 30:5-6
  - M. (Frith), 1:5
  - M. (Mantha), 1:9
- Votes in House, 27:31
- Witnesses
  - Appearances, 27:9
  - Availability, 30:7
  - Background information, 6:4
  - Commendation, 15:30; 23:117

**Halliday, Bruce—Cont.**

- Procedure and Committee business—Cont.
- Witnesses—Cont.

- Expenses, M. (McCurdy), 1:7
- Inviting, 48:21-2, 24-5
- Presentations, 3:12-3; 31:4
- Questioning members, 39:9
- Public Service superannuation, 33:10

**Hamelin, Charles (PC—Charlevoix)**

- National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 17:16-20, 31-3

**Hamilton, Elizabeth (Canadian Dietetic Association)**

- Health care, Committee study, 52:3, 37-43, 45, 48

**Handicapped** *see* Disabled and handicapped**Hard drugs** *see* Drug abuse—Australia**Hardey, Elliott (PC—Kent)**

- Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:34-7

**Harrison, Michael (Council on Drug Abuse)**

- Alcohol abuse, Committee study, 19:3, 46-50, 52-5
- Drug abuse, Committee study, 19:3, 46-50, 52-5

**Hashish** *see* Drug abuse**Hazardous Products Act, 9:26**

- See also* Tobacco and tobacco products—Banning

**Head shops** *see* Drug abuse—Drug paraphernalia**Health**

- Attitudes, lifestyle, relationship, 48:11; 52:151-2
- Defining, 51:6
- Diet, nutrition, role, 45:17; 52:38-40, 44, 150-1
  - Doctors' training including, 52:153
- Economic policies, impact, 50:59
- Fitness, role, 52:150-1
- Income, relationship, 45:16; 47:17-8, 26; 48:11
- Neuro-musculo-skeletal system, role, 52:150-1
- Other countries, comparison, 52:146
- Promotion
  - Doctors, hospitals, application, 46:12-3
  - Funding, 50:42
  - Senior citizens, application, 51:8-9
- Stress management, 52:151
- See also* Alcohol; Alcohol abuse; Child poverty; Drug abuse; Environment; Impaired driving; Mental health; Public health; Tobacco and tobacco products—Advertising

**Health: A Need for Redirection** *see* Health care**Health and Welfare Canada** *see* National Health and Welfare Department**Health care**

- Access, 52:8-9, 47
- Acute care *see* Hospitals
- Aging population, implications, 50:62, 69-71; 52:7, 18-9, 22, 95, 130-1
- Allied health sciences, 43:7-8, 14-5, 22
  - Health care system encompassing, 43:12, 15-6, 18-9
- Alternative delivery mechanisms, exploring, 52:95, 97



**Health care—Cont.**

- Chiropractic services, 43:31
  - Chiropractors, numbers, 43:8
  - Clients, 43:21
  - Funding, 43:29, 31-2
  - Health care system, acceptance, 43:11-2, 14, 19-26; 52:161
  - Medicare coverage, physiotherapists, comparison, 52:88
  - Public awareness, promoting, 43:28-9
  - Research, 43:27-8
- Chronic care *see* Hospitals—Acute care
- Committee study, 43:4-32; 45:4-22; 46:4-36; 47:4-34; 48:4-25; 50:5-73; 51:4-26; 52:6-161
  - See also* Reports to House—Fifth
- Committee studying, considering, 1:9-11
- Community, extended health services
  - Cost-effectiveness, 50:16-7; 52:11-2, 91-2
  - Disabled and handicapped, independence, encouraging, 50:6
  - Doctors, role, 52:64-5
  - Expanding, 47:19; 50:6; 52:12
  - Funding, 50:18, 23-4, 31; 51:10-1; 52:26-7, 98-9
  - Medicare, coverage, 52:9
  - Numbers, 52:11
  - Public health units, expanding, 52:100, 116-7
  - Senior citizens, 47:32; 50:15-6; 51:5-9
  - Victorian Order of Nurses, 50:21, 23, 26-7
  - See also* Hospitals—Funding—Services, Redirecting
- Community health centres, 48:12; 50:27
  - Cost-effectiveness, 47:19; 50:59-60, 63-4, 66-8
  - Funding, 47:19; 50:59, 63-5
  - Public acceptance, 50:35-6, 38; 50:63
  - Quebec, 47:29
  - Role, 50:39-40
  - Services, 50:64; 52:30
  - Staffing, multi-disciplinary approach, 52:158
  - Use, expanding, 50:54
- Costs, 43:6-7
  - Ethical concerns, 45:21-2; 50:27-8
  - Income, relationship, 45:16
  - Public/private systems, 48:8-9
  - See also* Health care—Pre-natal—Preventive
- Deinstitutionalization
  - Cost-effectiveness, Canadian Council on Social Development report, 50:7, 18
  - Mental health care, 46:11-2
  - Support services, availability, 50:6-7, 9-10
- Dietetic services
  - Access, 52:40-1, 48
  - Community-based, 52:39, 45-6, 48
  - Education, 52:47
  - Funding, 52:39
  - Health care policy encompassing, 52:40
  - Information, providing, 52:39
  - Medicare, coverage, 52:43
  - Preventive health care, relationship, 52:42-3
- Expenditures, 47:32-3; 52:7, 88
- Federal funding, 16:7; 35:12-5; 42:6, 17-8
  - Conditions, 50:43
  - Established Programs Financing, 51:11-2; 52:114-5
  - Pilot projects, provincial reaction, 52:101-2

**Health care—Cont.**

- Federal funding—Cont.
  - Transitional funding, defining, 47:23-4
  - See also* Health care—Preventive
- Federal leadership role, 46:6; 47:20-2
- Free trade agreement, impact, 47:26-7; 52:121-2
- Funding, 46:5-6; 47:20
  - Breakdown, 42:18-20
  - Fee-for-service, 50:59, 65
  - Practitioner-based, 43:30-1
  - Provinces, 52:107-8
- Health: A Need for Redirection*, Canadian Medical Association report, 43:12-3
- Health innovation fund, Canadian Hospital Association recommendation, 46:7, 13
- Human Ecology Foundation of Canada, recommendations, 48:12
- Iatrogenic illness, 43:8, 20; 52:149
- Jurisdiction, 47:21; 51:10; 52:95
- Native people, 35:7, 30; 47:7-9, 15
  - Control, autonomy, 46:21-2, 24-5; 47:4, 6, 8, 10-1, 13-4
  - Cutbacks, government considering, 47:6
  - Disabled and handicapped, 47:15
  - Expenditures, non-native health care, comparison, 46:35
  - Funding arrangements, 46:20, 22, 24, 29-30, 33-5; 47:4-6, 10-2
  - Indian Affairs and Northern Development Department, Parliamentary investigation requested, 47:4
  - Indian methods, incorporating, 47:9
  - Non-insured services, 47:6, 9-10
  - Optometric services, 51:16, 21
  - Senior citizens, 47:15
  - Staff, 46:22-3, 25-6; 47:8
  - Transferring, government policy/program, 42:7; 46:34; 47:4, 6, 10-1, 14
  - Treaty rights, application, 46:20; 47:5-6
- Objectives, 46:5-9; 47:18
- Occupational therapy, 50:5, 9
  - Access, 50:10-3, 17-9
  - Demand, 50:7, 14-5
  - Medicare, coverage, 50:17-8
  - Programs, 50:6-7, 10
- Optometric services
  - Availability, access, 51:16-7, 22, 24
  - Children, 51:17-8, 21-2
    - Daycare centres, 51:15-6, 25-6
    - New Brunswick, pre-schoolers, 51:16-7, 25
    - Pre-school/school-age, 51:20-1, 24-5
  - Consultant, National Health and Welfare Department appointing, 51:14-5
  - Cost-effectiveness, 51:22-3
  - Expansion, government supporting, 51:15
  - Health care system encompassing, 51:15
  - Medicare, coverage, 51:15, 18-9, 24
    - Alberta, de-insuring, 51:18-20
  - Senior citizens, 51:18, 23
  - Technology, application, expanding, studying, 51:15
  - See also* Health care—Native people
- Palliative care, 50:25-6; 52:66, 72-3, 110
- Philosophy, curative/wellness approach, 48:5-6; 52:26, 145-6

**Health care—Cont.**

- Policy, 43:17
  - See also Health care—Dietetic services
- Policy council, establishing, 43:13; 50:42, 49-51, 56; 52:10, 12
- Pre-natal care, 52:45-6
  - Encouraging, Family Allowances, extending, 45:8, 12; 50:60; 52:117
  - France, 45:6, 10, 12; 52:46
  - Health care costs, impact, 37:8, 11; 45:6, 11, 16, 21; 50:60; 52:45, 47
  - Nova Scotia, 45:11-2
- Preventive, promoting, 43:8-9; 47:20; 48:12; 50:16; 52:41, 47, 115, 153
  - Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, National Health and Welfare Department publication, 16:7; 42:19; 52:7-8, 38, 98
- Children, 37:7-8; 51:26
- Doctors
  - Attitude, 52:71
  - Role, 47:28-9
- Expenditures, 48:6-7
- Federal funding arrangements, redirecting, 47:21-3, 25-6, 31; 50:8, 19-20, 22-5; 52:13, 32-3
- Funding, 35:15; 52:26, 33-4, 65, 99-100, 146-7
- Health care costs, implications, 43:29-30; 52:48, 114, 118
- Hospitals, role, 46:10-1; 52:53, 61
- Institutional health care, integrating, 52:21-2, 35-6
- Lifestyle modifications, government encouraging, 52:115-6
- Medicare, coverage, 45:19-21; 52:10, 16
- Research, 45:20-1
- Services, 45:20; 50:50
- Sex education, application, 52:116-7
- Strategy, developing, 52:114-6
  - See also Health care—Dietetic services; Hospitals—Acute care
- Principles, 52:8
- Private sector, involving, 52:95
- Psychological services, 52:21, 26
  - Access, referral, 52:27-8
  - Children, 52:23
  - Cost-effectiveness, 52:24, 30, 36
  - Criminal justice system, 52:32
  - Health insurance coverage, 52:24-5, 27-8, 31-2, 35
  - Institutional/community setting, 52:24-7, 30-1, 37
  - Quebec, 52:28-9
  - Remote, rural areas, 52:25-6
  - Team approach, other health care practitioners, 52:29-30
  - Validity, acceptance, 52:22-3
- Remote, rural areas, 46:13-4
  - See also Health care—Psychological services
- Research, 47:19; 50:22; 52:27, 146
  - See also Health care—Chiropractic services—Preventive
- Resources
  - Re-allocating, 52:9, 18, 47
  - Use, effectiveness, 43:5-6, 8-9
- Senior citizens, 46:12; 48:10; 51:18, 23; 52:23, 27, 89
  - Costs, reducing, 50:24-5
  - Demonstration projects, 50:43; 52:96
  - See also Health care—Community, extended health services—Native people

**Health care—Cont.**

- Services, 52:95-6
  - Delivery, 46:5-9; 50:6
- Social change, impact, 43:5; 48:9-10
- Social services, 16:8; 48:12
- System
  - Abuses, deterrent measures, feasibility, 45:21; 52:105-6
  - Control, shifting to consumers, 43:13-4
  - Doctors, role, gatekeepers, 50:22, 26; 52:103-5
  - Evolution, 48:7
  - Points of entry, expanding, 52:9, 11
  - Public participation, 52:8-10
  - Reforming, 48:7-8, 13; 51:6
  - See also Health care—Allied health sciences—Chiropractic services—Optometric services
- Walk-in clinics, 46:16-7; 47:24-5
  - See also AIDS—Epidemic; Disabilities, back pain—Preventing; Wellness, holistic medicine

**Health care practitioners**

- Allied health care practitioners, 52:84, 65-6, 118-20
  - Role, Canadian Medical Association publication, *Perspectives on Allied Health*, 52:119
  - Use, encouraging, 50:43, 53-4; 51:11
- Human resources
  - Allied health sciences, 50:8
  - Medical professions, comparison, 43:8; 46:9-10; 48:12
  - Planning, 52:36-7
  - Shortage, specialists, 52:60, 84-5, 87-8
- Legal liability, 50:36-8
- Medicare, coverage, Canada Health Act provisions, 52:34-5
- Remuneration, fee-for-service/salary, 48:11-2; 52:154
- Responsibilities, allocating, 50:61
  - See also Chiropractors; Dietitians; Doctors; Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing; Health care—Pharmacists—Psychological services, Team approach; Nurse practitioners; Nurses; Occupational therapists; Optometrists; Physiotherapists; Psychiatrists; Wellness, holistic medicine

**Health food industry**

- Committee study, 1:12-33
- Consumer harm, documenting, 1:23, 29-30
- Drugs/botanical products, defining, 1:22
  - Herbs and botanical products, sales and distribution, regulating, 1:13-33
- France, comparison, 1:28-9
- Imports/domestic production, 1:22
- National Health and Welfare Department
  - Information letters, circulating, 1:13-4, 31
  - Questionnaire/survey, 1:14-9, 21, 29
- Patent protection, lack, 1:22-4
- Size, 1:22
- Taheebo tea, scientific claims, 1:28
- Vitamins, dosage, recommended levels, 1:26-7

**Health insurance** see Health care—Psychological services; Medicare

**Health Protection Branch** see National Health and Welfare Department

**Health risks** see Acid rain; Pollution

**Heap, Dan** (NDP—Spadina)

- AIDS, Committee study, 2:15-6
- Drug abuse, Committee study, 2:23
- Health care, Committee study, 48:10, 12, 21
- Procedure and Committee business
  - Briefs, 48:15, 20
  - Witnesses, 48:21

**Heaton, Don H.** (Royal Canadian Mounted Police)

- Drug abuse, Committee study, 3:4, 15-22, 24-5, 27, 31-2

**Hendrickson, Marvin** (Federation of Saskatchewan Indian Nations)

- Health care, Committee study, 47:3, 11-4

**Herbs** *see* Health food industry—Drugs/botanical products**Heroin** *see* Drug abuse**Hickman, Roy** (National Health and Welfare Department)

- Health care, Committee study, 52:4, 140-1

**HIV** *see* Human Immunodeficiency Virus**Hockley, Doug** (British Columbia Telephone Company)

- Alcohol abuse, Committee study, 23:4, 86-101
- Drug abuse, Committee study, 23:4, 86-101

**Hodgson, Maggie** (Nechi Institute on Alcohol and Drug Education)

- Alcohol abuse, Committee study, 24:3, 5-24
- Drug abuse, Committee study, 24:3, 5-24

**Holistic medicine** *see* Wellness**Homeless people**

- Number, 17:25-6

**Homemakers** *see* Canada Pension Plan—Amending; Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms**Homosexuals** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms, Spouses**Horizon Institute** *see* Witnesses**Horner, Bob** (PC—Mississauga North)

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 31:25-9

**Hospital Council of Metropolitan Toronto**

- Role, representation, 52:60-1
- See also* Witnesses

**Hospitals**

- Accreditation, 52:71
- Acute care/chronic care
  - Beds/population ratio, 46:14; 47:31-2; 52:19-20
  - Cost-effectiveness, 46:14-6; 47:32; 52:61
  - Preventive health care, effect, 52:73
- Admissions practices undermining accessibility, 52:75-7, 112-3
- Centres of excellence, establishing, 52:103
- Diagnostic tests, overuse, 50:25-6, 36, 68; 52:68-9
  - Defensive medicine, 52:78-9
- Equipment
  - Radiation-emitting, regulating, 42:7
- See also* Hospitals—Technological services
- Function, western medical model, 50:33-4

**Hospitals—Cont.**

- Funding, 50:55-6
  - Ontario, under-funding, 52:58-9
  - Re-directing, community health services, 52:7
- Geriatric services, assessment units, 51:5-6; 52:63, 160
- Management, 52:96
  - Cost-effectiveness, factors, 52:76-7
  - Doctors' responsibility, 52:92-3
  - Efficiency, research studies, adapting, 52:59-60, 71, 77, 88
  - United States, comparison, 47:30-1
- Operating costs, 46:17; 52:80-3
- Public preference, 50:33
- Resources, use/abuse, bio-ethical concerns, 52:112-3
- Services
  - Demand, 50:71; 52:61
  - Redirecting, community health services, 50:28-31, 33, 40-1; 52:20
- Surgical procedures, overuse, 50:68-9
- Teaching hospitals, 52:51-3, 56-7, 79-80
- Technological services
  - Access, referral, 52:54
  - Cost/consumer demand, 52:53-4
  - Cost-effectiveness, 52:62, 106-7
  - Dependence, implications, 43:7; 47:26; 52:13
  - Development, cost implications, 50:22
  - Equipment, distribution, 52:105
  - Evaluating, 52:56, 63, 67-8, 71, 81-3, 96, 105-6
  - Information, disseminating, 50:42
  - Organ transplants, 52:107
  - Planning, co-ordinating, 52:56, 63
  - Regulating, 50:28
  - Waiting lists, 52:57-8, 73, 89
    - Cancer treatment, 52:62
    - Cardiovascular surgery, 52:58, 60, 62
    - Renal dialysis, 52:58, 61-2
    - Standards, establishing, 52:75-8
- See also* Abortion; Alcohol abuse; Drug abuse—Programs; Health—Promotion; Health care—Preventive

**Hostel** *see* AIDS**House of Commons**

- Standing Order 21, utility, scope, 5:18-9
- See also* Alcohol abuse

**Housing** *see* Disabled and handicapped; Senior citizens**Hovey, Lawrence** (Canadian Association of Chiefs of Police)

- Alcohol abuse, Committee study, 11:3, 12-6, 19-20, 22-3, 25, 27, 28-9, 33-6
- Drug abuse, Committee study, 11:3, 12-6, 19-20, 22-3, 25, 27, 28-9, 33-6

**Hughes, Debbie** (National Anti-Poverty Organization)

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 32:3-14

**Human Ecology Foundation of Canada** *see* Health care**Human Immunodeficiency Virus** *see* AIDS—Carriers**Human resources** *see* Doctors; Health care practitioners; Nurses**Iatrogenic illness** *see* Health care**Illicit drugs** *see* Alcohol; Drug abuse—Crime; Drugs and pharmaceuticals



**Images UnLtd.** *see* Witnesses

## **Immigrants**

- Conditional entry, definition, 5:26
- Medical examinations, 5:25-8
- See also* AIDS—Testing

**Immigration** *see* AIDS—Cases

## **Immunization**

- International program, 35:5-6
- See also* Children—Diseases

## **Impaired driving**

- Blood-alcohol level, lowering, 20:77, 81; 22:10
- Campaigns, utility, 14:13, 21; 19:10-1
- Deaths, injuries, costs, statistics, etc., 7:24-6; 20:64, 74-5, 80, 90-1; 22:10-1
- Designated driver concept, 19:104-5
- Health/social issues, 19:105, 109-10
- Impairment level, 20:92-3; 22:41
- Law enforcement, sentencing, variations, 20:83-5; 22:98, 106-7
- National Program on Impaired Driving, 35:6, 23-4; 42:6
- Penalties, increasing, 10:13-4; 20:83; 35:23
- Police spot checks, mobile breathalyzers, 20:76-7
- Rate, reducing, 20:86

**Impairment** *see* Alcohol—Consumption; Impaired driving

**Imports** *see* Cannabis/marijuana; Health food industry

**In camera meetings** *see* Procedure and Committee business

**In vitro organ growth** *see* Medical research

## **Income**

- Interest rate policy affecting, 52:127-8
- See also* Canada Pension Plan—Amending, Homemakers; Canada Pension Plan survivor benefits—Amounts—Eligibility—Purpose; Child poverty; Health; Health care—Costs; Medicare—Costs

## **Income security programs**

- Expenditures, 42:7
- Guaranteed Income Supplement, 35:6
- See also* Canada Pension Plan; Old Age Security

**Income tax** *see* Child poverty; Children—Parental responsibilities

**Incubation** *see* AIDS

**Indian Act (amdt.)(Bill C-31)(1st Sess., 33rd Parl.)** *see* Native people—Status

**Indian Affairs and Northern Development Department** *see* Health care—Native people; Native people—Manitoba

**Industrial pollution** *see* Pollution

**Infants** *see* Child poverty; Children

**Insurance** *see* Disability insurance; Drug abuse—Workplace, Accidents

**Interest rates** *see* Economic conditions; Income

**Interim Report on the Canadian Health Care System: Facts and Issues** *see* Reports to House—Fifth

**International Conference on the Prevention and Promotion of Mental Health in Children** *see* Children

**International Olympic Committee** *see* Olympics—1988 winter games

**International Relations for Sport and Fitness** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State

**Internship** *see* Doctors—Training

**Intravenous drug users** *see* AIDS—Victims

**Isnana, Melvin** (Federation of Saskatchewan Indian Nations)  
Alcohol abuse, Committee study, 24:4, 57-8  
Drug abuse, Committee study, 24:4, 57-8

**James, Dr. Robert** (Medical Reform Group of Ontario)  
Health care, Committee study, 50:3, 56-61, 63-8

**Jansen, John** (Individual presentation)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 5-17  
Drug abuse, Committee study, 22:3, 5-17

**Japan** *see* Economic conditions—Interest rates

**Jelinek, Hon. Otto** (PC—Halton; Minister of State (Fitness and Amateur Sport))  
Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:4-10, 12-27  
Olympics, 18:6-14  
Sport, 18:5-6, 17, 24-6

**Jobs** *see* Child care—Spaces; Nurses; Olympics—1988 winter games

**Jock, Richard** (National Health and Welfare Department)  
Alcohol abuse, Committee study, 25:4, 11, 22-3, 30, 33-6, 38, 43  
Drug abuse, Committee study, 25:4, 11, 22-3, 30, 33-6, 38, 43

**Johnston-Doyle, Kim** (Solicitor General Department)  
Alcohol abuse, Committee study, 27:3, 30  
Drug abuse, Committee study, 27:3, 30

**Jones, Jean** (Consumers Association of Canada)  
Health care, Committee study, 50:3, 42-3, 47-8, 51-2, 54

**Jones-Farrow, Hilary** (Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 67-9, 71, 74-6, 78  
Drug abuse, Committee study, 22:4, 67-9, 71, 74-6, 78

**Just Say No** *see* Drug abuse—Programs, United States

**Justice** *see* Drug abuse—Courts, sentencing

**Justice Department** *see* Witnesses

**Kaiser Substance Abuse Foundation** *see* Witnesses

**Kalant, Dr. H.** (Individual presentation)  
Drug abuse, Committee study, 8:3-10, 14-23, 25-7, 29-35

**Kearns, Brian** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)  
Alcohol abuse, Committee study, 12:3, 20-1, 24-5  
Drug abuse, Committee study, 12:3, 20-1, 24-5

**Kern, Ann** (Australia, Health Department)  
AIDS, Committee study, 2:3-17  
Drug abuse, Committee study, 2:3, 17-25

**Kirplani, Dr. Haresh** (Medical Reform Group of Ontario)  
Health care, Committee study, 50:3, 60-1, 66, 68-9, 71

- Kitchen, Brigitte** (Child Poverty Action Group)  
Child poverty, Committee study, 37:3, 19, 22-5
- Kootnekoff, Jon-Lee** (Horizon Institute)  
Alcohol abuse, Committee study, 23:3, 51-3  
Drug abuse, Committee study, 23:3, 51-3
- Labelling** *see* Alcohol—Products; Chemicals; Drugs and pharmaceuticals; Food
- Laboratory Centre for Disease Control** *see* Diseases
- Labour unions** *see* Drug abuse—Programs—Workplace
- Laframboise, R.M.** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates, 1988-1989, main, 42:4, 32
- Lambert, Gérard** (Canadian Association of Optometrists)  
Health care, Committee study, 51:3, 13-4
- Law enforcement** *see* Drug abuse; Impaired driving
- Law, Dr. M.M.** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates  
1987-1988, main, 17:3, 21-2  
1988-1989, main, 42:4, 16-7, 29
- Lea, Peter A.** (CanCare Canada)  
Drug abuse, Committee study, 10:3-12, 14, 16-9
- Legislation** *see* Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Illicit drugs, United States; Pornography
- Lesick, William G.** (PC—Edmonton East)  
Alcohol abuse, Committee study, 11:7, 17-8, 29, 32; 12:10-1; 15:14-6, 37-9  
Drug abuse, Committee study, 11:7, 17-8, 29, 32; 12:10-1; 15:14-6, 37-9  
Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:18-9  
Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:36-8, 41  
Procedure and Committee business, questioning of witnesses, 11:29
- Life insurance companies** *see* AIDS—Testing
- Lifespan** *see* Population
- Lifestyle** *see* Drug abuse; Health—Attitudes; Health care—Preventive
- Lifestyle advertising** *see* Alcohol—Advertising
- Liston, Dr. A.J.** (National Health and Welfare Department)  
Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 41:4, 12, 18, 20, 23, 28-9  
Food, labelling, Committee study, 41:4, 12, 18, 20, 23, 28-9  
Health care, Committee study, 52:4, 137-43  
Health food industry, Committee study, 1:4, 13-33  
National Health and Welfare Department estimates  
1987-1988  
Main, 16:4, 15-7; 17:3, 8-11  
Supplementary (C), 35:4, 19, 27-8  
1988-1989, main, 42:4, 11-2, 17, 33
- Living wills** *see* Bio-ethics—Palliative care
- Lobbying** *see* Nurses
- London, Ont.** *see* National Revenue Department—Customs and Excise Branch
- Lowery, Grant** (Central Toronto Youth Services)  
Alcohol abuse, Committee study, 20:109-17  
Drug abuse, Committee study, 20:109-17
- LSD** *see* Drug abuse
- Lubicon Lake Indian Band** *see* Native people
- Lysol** *see* Drug abuse—Native people
- Maasland, Dr. D.E.L.** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 16:4, 20-2
- MacDonald, Bruce** (Canadian Institute of Actuaries)  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 33:3, 12-20
- Maison Fraternité**  
Program, success rate, 14:30  
*See also* Witnesses
- Mangham, Colin** (Alcohol-Drug Education Service)  
Alcohol abuse, Committee study, 23:4, 82-3  
Drug abuse, Committee study, 23:4, 82-3
- Manitoba** *see* Drug abuse; Native people
- Mantha, Moe** (PC—Nipissing)  
AIDS, 5:23; 8:15  
Alcohol abuse, Committee study, 11:19-20, 26-7; 13:14-6, 27-9  
Drug abuse, Committee study, 3:28-30, 32-3; 4:8-10, 19-20; 5:23; 6:11-2, 20; 8:14-6; 10:12-3; 11:19-20, 26-7; 13:14-6, 27-9  
Health food industry, Committee study, 1:29-31  
Procedure and Committee business  
Chairman, M., 1:5  
Organization meeting, 1:5, 9-10  
Questioning of witnesses, 3:32-3  
Vice-Chairman, Ms., 1:9; 10:3
- Manufacturers** *see* Drug manufacturers
- Manure** *see* Drugs and pharmaceuticals—Cut drugs
- Marcoux, Dr. Henri L.** (Individual presentation)  
Health care, Committee study, 52:4, 143-61
- Marijuana** *see* Cannabis/marijuana; Drug abuse—Addiction
- Marketing** *see* Alcohol; Street marketing
- Marriage and family life**  
Federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:5-21  
*See also* Orders of Reference
- Marshman, Dr. Joan** (Addiction Research Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:3, 5-17  
Drug abuse, Committee study, 19:3, 5-17
- Martin, Garth** (Addiction Research Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:3, 29-41  
Drug abuse, Committee study, 19:3, 29-41
- Martin, Jean-Claude** (Canadian Hospital Association)  
Health care, Committee study, 46:3-4, 8-9, 13-7

**Mathews, Dr. Charlotte** (National Advisory Council on Aging)  
Health care, Committee study, 51:3-13

**Mayo, Louise** (National Native Advisory Council on Alcohol and Drug Abuse)  
Alcohol abuse, Committee study, 25:4, 11-4, 20-2, 24-5, 30, 35-6, 41-4, 46

**McCormick, Christopher** (Native Council of Canada)  
Alcohol abuse, Committee study, 21:3, 5-6, 8-14, 17-27  
Drug abuse, Committee study, 21:3, 5-6, 8-14, 17-27

**McCrossan, W. Paul** (PC—York Scarborough)  
AIDS, 42:15-7, 27-9  
Alcohol, 9:17; 20:12, 82-3, 86, 105  
Alcohol abuse, Committee study, 20:10-3, 22-4, 35, 42-5, 57-9, 62, 65-7, 71-2, 82-6, 97-9, 104-6, 111-3; 22:10-2, 26-8, 34-6, 48-9, 52, 62, 64-5, 75-6, 80-1, 85-9, 95, 103-5; 23:12, 14, 35-7, 46-8, 56-8  
Bio-ethics, 52:74, 110  
Canada Pension Plan, 42:14  
Canada Pension Plan survivor benefits, 42:14, 26  
Consultation paper, Committee study, 32:9-12  
Cannabis/marijuana, 20:71  
Doctors, 52:108-9  
Drug abuse, 52:108  
Committee study, 9:15-8, 26-7, 29-31; 20:10-3, 22-4, 35, 42-5, 57-9, 62, 65-7, 71-2, 82-6, 97-9, 104-6, 111-3; 22:10-2, 26-8, 34-6, 48-9, 52, 62, 64-5, 75-6, 80-1, 85-9, 95, 103-5; 23:12, 14, 35-7, 46-8, 56-8  
Drugs and pharmaceuticals, 9:29-30; 20:10-1, 57-8, 104-5; 22:27  
Economic conditions, 52:131-4  
Environment, 48:18-20  
Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:14-7  
Health care, Committee study, 45:22; 48:15, 18-20, 24; 51:10, 18-20, 22; 52:27-8, 33, 45-7, 64, 74-83, 103, 106, 108-10, 112-3, 123, 127, 130-5, 137  
Hospitals, 52:75-82, 92-3, 112-3  
Impaired driving, 22:10  
McDonald, references, 22:105  
Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:33-6, 42  
Medicare, 52:130-2, 134  
National Health and Welfare Department estimates, 1988-1989, main, 42:14-7, 26-9, 34  
Olympics, 18:14-6  
Population, 51:10; 52:135  
Procedure and Committee business  
Briefs, 32:4  
Meetings, 45:22  
Members, 30:6-7  
Organization meeting, 30:6-7  
Quorum, 30:6  
Travel, M., 18:42  
Votes in House, 52:64  
Witnesses, 32:4; 48:24-5  
Smoking, tobacco use, 22:104  
Sport, 18:14-5, 17  
Tobacco Products Control Act (Bill C-51), 22:104-5

**McCuish, Lorne** (PC—Prince George—Bulkley Valley)  
Alcohol, 22:8

**McCuish, Lorne—Cont.**

Alcohol abuse, Committee study, 22:8, 16-7, 28, 39, 53-8, 69-71, 92-3, 106-7; 23:16-7, 22, 34-5, 42-3, 61, 66-8, 93-5, 97, 109, 114-5; 24:14-7, 32-4, 39, 44-5, 49-50, 54-5, 64-5; 27:19-20  
Drug abuse, Committee study, 22:8, 16-7, 28, 39, 53-8, 69-71, 92-3, 106-7; 23:16-7, 22, 34-5, 42-3, 61, 66-8, 93-5, 97, 109, 114-5; 24:14-7, 32-4, 39, 44-5, 49-50, 54-5, 64-5; 27:19-20  
Health care, Committee study, 51:12, 22  
Impaired driving, 22:106-7  
Senior citizens, 51:12  
Smoking, tobacco use, 22:106

**McCurdy, Howard** (NDP—Windsor—Walkerville)

AIDS, 5:7-10, 28-30; 16:35-7  
Alcohol abuse, 4:21-2; 7:24, 34-8; 8:19, 32; 16:17-9  
Committee study, 11:21-2, 26-9; 12:22-3; 14:19-24, 31; 21:5, 12-6, 24-6, 35-8; 22:13-6, 23-6, 28-9, 37-8, 47-8, 52-3, 61-4, 71-4, 84-5, 88-92, 94, 99-103, 108-10; 23:17-9, 30-2, 37, 41, 44-6, 50-1, 58-9, 72-5, 96-7, 109-12, 117; 24:20-4, 29-32; 25:27-33, 41-4; 26:13-5, 18-21; 27:23-8, 33-4  
Disabled and handicapped, 16:19  
Doctors, 23:114-5  
Drug abuse, 16:17-9  
Committee study, 4:6, 10-4, 20-2; 5:7-11, 28-31; 7:9-14, 16, 22, 24, 34-9; 8:10, 16-9, 25, 31-3; 11:21-2, 26-9; 12:22-3; 14:19-24, 32; 21:5, 12-6, 24-6, 35-8; 22:13-6, 23-6, 28-9, 37-8, 47-8, 52-3, 61-4, 71-4, 84-5, 88-92, 94, 99-103, 108-10; 23:17-9, 30-2, 37, 41, 44-6, 50-1, 58-9, 72-5, 96-7, 109-12, 117; 24:20-4, 29-32; 25:27-33, 41-4; 26:13-5, 18-21; 27:23-8, 33-4  
Drugs and pharmaceuticals, 21:37; 22:23, 28-9; 26:21; 27:23  
Labelling, Committee study, 40:9, 26-30  
Health food industry, Committee study, 1:24-7  
National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 16:17-22, 32, 35-7  
Procedure and Committee business  
Documents, 5:6  
Organization meeting, 1:7-11  
Questioning of witnesses, 5:11; 16:17, 32; 23:58-9  
M., 1:7  
Quorum, M., 1:6  
Staff, 21:5  
Witnesses, M., 1:7

**McDonald, Lynn** (NDP—Broadview—Greenwood)

Acid rain, 42:32-3  
Canada Pension Plan, 42:25-7  
Child care, 42:33-4  
Children, 42:22-4  
Environment, 42:9  
Family, 42:24  
Family planning, 42:12-3  
National Health and Welfare Department estimates, 1988-1989, main, 42:9-13, 22-7, 31-4  
Pornography, 42:23-4  
Procedure and Committee business, Ministers, 42:24, 32  
References, 22:105  
Water quality, 42:10-2

**McFadden, Josephine V.** (Youth Alcohol and Drug Community Action)

Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 18-28, 30-1, 33-40



**McFadden, Josephine V.—Cont.**

Drug abuse, Committee study, 15:3, 18-28, 30-1, 33-40

**McGuire, Norma** (Ontario Federation of Home and School Associations)

Alcohol abuse, Committee study, 20:4, 99-109

Drug abuse, Committee study, 20:4, 99-109

**McIntyre, Joseph E.** (Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick)

Alcohol abuse, Committee study, 13:3, 18-30

Drug abuse, Committee study, 13:3, 18-30

**McKerracher, Dr. Finlay** (Association of Canadian Teaching Hospitals)

Health care, Committee study, 52:3, 52-5, 64-5, 67-9, 72-4, 77-81, 83, 86, 89-91, 93

**McKissock, W.C.** (National Revenue Department)

Drug abuse, Committee study, 6:3, 16-32

**McLaughlin, Audrey** (NDP—Yukon)

Child poverty, Committee study, 37:11-2, 18-9, 22-3

**McMillan, Dr. Colin** (Canadian Medical Association)

Health care, Committee study, 52:4, 97-105, 111-2, 115, 119, 121-2

**McNaughton, Garth** (Committee Researcher)

Alcohol abuse, Committee study, 11:34; 19:40-1; 20:46

Drug abuse, Committee study, 4:32; 7:39-41; 9:11; 10:18-9; 11:34; 19:40-1; 20:46

**Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Royal Ottawa Hospital)** *see* Witnesses**Means tests** *see* Medicare—User fees**Media** *see* AIDS—Information; Child poverty; Drug abuse; Native people—Nielsen Task Force; Television**Medical ethics** *see* Bio-ethics**Medical examinations** *see* Immigrants**Medical Reform Group of Ontario**

Background, membership, principles, 50:57

*See also* Witnesses

**Medical research**

Genetic engineering, *in vitro* organ growth, bio-ethical considerations, 18:33-4

Recombinant DNA, 18:35-6

**Medical Research Council of Canada**

Budget, 18:28-9; 42:9

Increases, 17:23-4

Estimates, 1987-1988, main, 18:27-43

Expenditures, 16:10-1

Funding, private donations, 18:37-40

Grants program, 18:29-31, 38-42; 42:9, 20-1

President's office, 18:36-7

*See also* Witnesses

**Medical Services Program, 16:8**

Funding, 35:7, 29-30

**Medicare**

Allied health care practitioners, coverage, 51:11

**Medicare—Cont.**

Cost/benefit ratio, 52:124

Determining, mortality rates indicating, 52:125-7, 132-3, 135-7

Cost-effectiveness, 35:30

United States, comparison, 50:66

**Costs**

Absolute costs, 52:123-4, 129

Income, relationship, 52:127

Increasing, 47:24

Relative cost, percentage of GNP, 52:123-5, 128-31, 134

Coverage, extending, Canada Health Act amending, 52:11, 16-8

Doctors, control, 52:147

Extra-billing, 16:12-3; 17:21-2

Federal funding, 16:7; 35:13, 15-6, 29-31

Cutback, Economic Statement, November 1984, regional impact, 52:95, 97-8, 102

Regional economic disparity, accommodating, 52:97, 102-3

Meech Lake Accord, impact, 17:26-30

Objectives, 52:147

Services, provinces insuring/de-insuring, 16:13; 50:43-5, 47-50, 54; 52:15-7

Defining, medically necessary, 50:45-7, 53; 52:16-7

Federal government sanctions, 50:52-3

Information requested, 16:13; 35:29-30; 52:17

Universality, 47:27-8; 50:47

User fees, 50:32, 34, 55; 52:47-9, 118-20, 154

Administering, means tests, 50:38; 52:49

*See also* Health care; Health care practitioners

**Medicine** *see* Defensive medicine; Holistic medicine; Patent medicine**Meech Lake Accord** *see* Federal-provincial fiscal arrangements; Medicare**Meeks, Dr. Donald** (Addiction Research Foundation)

Alcohol abuse, Committee study, 19:4, 67-77

Drug abuse, Committee study, 19:4, 67-77

**Members of Parliament** *see* Drug abuse—Testing**Mental health** *see* Health care—Deinstitutionalization**Methadone** *see* Drug abuse**Milko, Bob** (Committee Researcher)

AIDS, Committee study, 2:17

**Mills, Lenore** (Association of Canadian Teaching Hospitals)

Health care, Committee study, 52:3, 55-60, 71-2, 76-7, 80, 82-93

**Minors** *see* Alcohol**Miskokomon, R.K. (Joe)** (Union of Ontario Indians)

Alcohol abuse, Committee study, 25:4, 17-20, 26-7, 31-3, 39-40, 42-3

**Mitchell, Dr. G.A.** (National Health and Welfare Department)

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 40:4, 8, 20-3, 26-9

**Mitchell, Margaret** (NDP—Vancouver East)

AIDS, 50:63

Bio-ethics, 52:66-7

Canada Pension Plan, 30:13-6

**Mitchell, Margaret—Cont.**

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 30:7-8, 13-6, 22-3; 31:15, 18, 21-3, 25, 29-32; 34:11-4, 18, 22-3
- Canadian Restaurant and Foodservices Association, 49:17
- Child care, 35:31
- Child poverty, 45:15, 18; 50:63
- Child welfare programs, 35:24, 26, 31-2; 45:17
- Children, 35:12
- Drug abuse, 41:20-2
  - Committee study, 9:21-5, 35-6
- Drugs and pharmaceuticals, 9:35-6
  - Labelling, Committee study, 41:19-22; 49:30-1
- Employment, 31:18
- Family, 35:31
- Food, labelling, Committee study, 41:19-22; 49:16-8
- Health, 45:16-7
- Health care, 35:12, 14-5
  - Committee study, 45:7, 15-9; 47:7-10, 16-7, 22, 25-7, 33; 50:9-12, 18-20, 24-7, 35, 38-9, 51-4, 63-5; 51:11-2, 15-8; 52:64-7, 96-101, 114, 121-6, 129, 134-6
- Health care practitioners, 50:38, 53-4; 51:11; 52:65-6
- Medicare, 35:13, 15-6, 30; 50:38, 52-3; 51:11; 52:97, 124, 126, 135
- National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, supplementary (C), 35:8, 12-6, 21, 24-6, 30-2
- Occupational therapists, 50:9
- Old Age Security, 31:31-2
- Population, 52:135
- Procedure and Committee business
  - Chairman, M.(Reimer), 30:5
  - Documents, 47:17-8
  - In camera meeting, 30:7-8
  - Language, 30:5
  - Meetings, 35:26
  - Members, 34:11
  - Ministers, 35:8, 16, 21
  - Organization meeting, 30:5
- Senior citizens, 35:12
- Social programs, 34:22-3
- Welfare, 35:24-6

**Mitges, Gus (PC—Grey—Simcoe)**

- National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 17:21-2

**Monosodium glutamate see Food—Labelling, ingredients****Montreal, Que. see Drug abuse—Cocaine—Hashish—Heroin****Mood-altering drugs see Drugs and pharmaceuticals****Moore, Royce (Canada Pension Plan Advisory Board)**

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 38:3, 16-28

**Moran, Dr. Ed (Canadian Medical Association)**

- Health care, Committee study, 52:4, 98-100, 103-6, 108-10, 112-7, 120

**Morin, Georges (Maison Fraternité)**

- Alcohol abuse, Committee study, 14:3, 28-32
- Drug abuse, Committee study, 14:3, 28-32

**Mortality rates see Alcohol—Consumption; Child poverty—Infants; Children—Infants; Medicare—Cost/benefit ratio; Native people; Population****Mosley, Richard G. (Justice Department)**

- Alcohol abuse, Committee study, 27:3, 16-7, 22-4
- Drug abuse, Committee study, 27:3, 16-7, 22-4

**Motorcycle gangs see Drug abuse—Crime, Organized****Movies see Drug abuse****MSG see Monosodium glutamate****Munro, Donald W. (Individual presentation)**

- Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 59-65
- Drug abuse, Committee study, 22:3, 59-65

**Musallam, Dr. Helen (Victorian Order of Nurses for Canada)**

- Health care, Committee study, 50:3, 20-1, 23-4, 28-38

**Mussels see Shellfish industry****Napke, Dr. Ed (National Health and Welfare Department)**

- Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 40:3, 10-3, 22, 24, 26, 29-30

**Narcotics Anonymous see Drug abuse—Education****National Action Committee on the Status of Women see**

- Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals; Witnesses

**National Advisory Council on Aging**

- Role, membership, 38:4; 51:5
- See also Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals; Senior citizens; Witnesses

**National Anti-Poverty Organization**

- Role, representation, 32:4, 7
- See also Witnesses

**National Association of Women and the Law**

- Background, role, activities, 39:4-5
- See also Witnesses

**National Biotechnology Strategy**

- Funding, 35:7

**National Council of Women of Canada**

- Representation, 36:18
- See also Family Allowances; Witnesses

**National Drug Intelligence Estimate see Drug abuse—Heroin****National Drug Strategy see Drug abuse****National Health and Welfare Department**

- Administration, 16:10
- Appointments, ADM Ian Green, 16:22
- Budget, 16:6; 17:16-7; 42:5-6
- Bureau of Dangerous Drugs, mandate, etc., 9:28-9, 31-2, 34-5
- Community Health Services Program, Baffin Island, N.W.T., 16:7
- Estimates
  - 1987-1988
    - Main, 16:5-37; 17:4-35
    - M. (McCrossan), 18:42-3, agreed to by unanimous consent, 3
  - Supplementary (C), 35:5-33

**National Health and Welfare Department—Cont.****Estimates—Cont.**

1988-1989, main, 42:5-35

M. (McCrossan), 42:34-5, agreed to, 4

*See also* Fitness and Amateur Sport Ministry of State;  
Medical Research Council; Orders of Reference

Health Protection Branch, 1:32; 16:8-9

Information exchange, Australia, proposal, 2:24

Non-Medical Use of Drugs Directorate, 24:48-9

Staff, person-years, reduction, 42:6, 31-2

Windsor, Ont. office, telephone access, 16:19-22

*See also* Addiction Research Foundation; AIDS—Drugs;  
Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Labelling,  
Food and Drugs Act—Testing; Family planning; Food—  
Labelling, ingredients, Jurisdiction; Health care—  
Optometric services, Consultant—Preventive, *Achieving  
Health for All: A Framework for Health Promotion*;  
Health food industry; Senior Citizens Ministry of  
State; Witnesses

**National Health and Welfare Standing Committee see Committee****National Hockey League see Drug abuse—Education, Activities****National Native Advisory Council on Alcohol and Drug Abuse see Witnesses****National Native Alcohol and Drug Abuse Program see Drug abuse; Witnesses****National Program on Impaired Driving see Impaired driving****National Program to Reduce Tobacco Use in Canada see Smoking, tobacco use****National Revenue Department**

Customs and Excise Branch, London, Ont. office, closure, 6:19

Staff, person years, 27:20-3, 29-30

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Illicit drugs,  
Trafficking; Witnesses

**National Training Centres see Sport****Native Council of Canada see Witnesses****Native people**

Affirmative action, 46:26

Demography, 25:6

Education, responsibility, assuming, 46:31-2; 47:11, 14

Equality of opportunity, 46:27

Jurisdiction, constitutional provisions, 25:19

Lubicon Lake Indian Band, 35:8-9

Manitoba, Indian Affairs and Northern Development  
Department, regional management, 46:28-31; 47:14

Mortality rate, 25:6

Perinatal, 45:11; 50:60

Nielsen Task Force report, "Buffalo Jump of the 1980s,"  
implementation, media reports, 46:19, 28; 47:4, 12-3

Prison inmates, numbers, 25:6

Programs, 46:24-5, 31-3

Self-government, 25:27; 47:5-7, 14-5

Status, Bill C-31, impact, 25:31; 46:19, 24-5, 33-4

Suicide rate, 25:7

**Native people—Cont.**

Welfare, 25:16

*See also* AIDS; Alcohol abuse; Child poverty; Child welfare  
programs; Drug abuse; Health care; Olympics

**Natural Sciences and Engineering Research Council see Research****Nechi Institute on Alcohol and Drug Education see Drug abuse—Native treatment centres; Witnesses****Needham, Douglas C. (Canadian Restaurant and Foodservices Association)**

Food, labelling, Committee study, 49:3, 7-8, 10-3, 15-22

**Nelson, Anastasia (Alkali Lake Reserve)**

Alcohol abuse, Committee study, 23:3, 40-8, 50

Drug abuse, Committee study, 23:3, 40-8, 50

References, 24:14-5

**Neuroelectrotherapy see Drug abuse—Treatment strategies****Neuro-linguistic therapy see Drug abuse—Treatment strategies****Neuro-musculo-skeletal system see Health****New Brunswick see Drug abuse; Food banks; Health care—Optometric services, Children; Population****New Hampshire see Drug abuse—Treatment facilities, Beech Hill****NHL see National Hockey League****Nicholson, J.D. (National Health and Welfare Department)**

Alcohol abuse, Committee study, 25:4-10, 21-2, 24, 26-30,  
32-9, 42-3

Drug abuse, Committee study, 25:4-10, 21-2, 24, 26-30, 32-9,  
42-3

**Nicholson, Rob (PC—Niagara Falls)**

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,  
Committee study, 31:18, 22-5, 32; 39:14-5, 21-3

Procedure and Committee business, questioning of witnesses,  
31:22

**Nickson, May (National Council of Women of Canada)**

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper,  
Committee study, 36:3-4, 6-7, 9-18

**Nielsen Task Force see Task Force on Program Review****NNADAP see National Native Alcohol and Drug Abuse Program****Non-Medical Use of Drugs Directorate see National Health and Welfare Department****Non-prescription drugs see Drugs and pharmaceuticals****Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada see Witnesses****Non-Smokers' Health Act (Bill C-204) see Tobacco and tobacco products—Advertising****Nordic Games see Sport****Norton, Dr. Barry (Canadian Memorial Chiropractic College)**  
Health care, Committee study, 43:3, 29, 31-2**Notwithstanding clause see Drug abuse—Courts, Charter of Rights and Freedoms**



- Nova Scotia** *see* Alcohol abuse; Cannabis/marijuana—Importing; Drug abuse; Health care—Pre-natal
- Nova Scotia Commission on Drug Dependency** *see* Witnesses
- Nurse practitioners**  
Role, training programs, etc., 50:61-2; 52:120
- Nurses**  
Employment, institutional/community settings, 52:10-1  
Human resource planning, 52:14  
Job satisfaction, 52:15  
Lobbying efforts, 52:13-4  
Numbers, 52:13-4  
Public health/VON, working relationship, 50:34  
Role, 52:6
- Nutrition** *see* Health—Diet
- Occupational therapists**  
Numbers, 50:8-10, 13-5  
Qualifications, 50:14
- Occupational therapy** *see* Health care
- Office buildings** *see* Environment—Environmental sensitivity
- Official languages policy** *see* Fitness and Amateur Sport  
Ministry of State
- O'Flaherty, Mike** (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)  
Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:3, 36
- OHIP** *see* Ontario Health Insurance Plan
- Old Age Security**  
Eligibility, mandatory retirement, universality, Charter of Rights and Freedoms, impact, etc., 16:24-5  
Expenditures, 16:6; 35:6  
Spouses allowance, 17:33-5; 31:31-2
- Olympic Coin program** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State
- Olympics**  
Participation, 42:8  
1988 winter games, Calgary, Alta.  
Administration, errors, 18:12-4  
Appointments, 18:10-1  
Athletes  
Drug screening, 18:15-7  
East Germany, 18:18-9  
Participation, policy, 18:19-20  
Economic impact, 18:7  
Federal role, funding, etc., 16:9-10; 18:6-8, 26-7; 35:7; 42:8-9  
International Olympic Committee, transportation mode, 18:9-10  
Job creation potential, 18:7  
Native people, role modelling, 25:21  
Tickets, availability, 18:8-9
- Ontario** *see* Addiction Research Foundation; AIDS—Education; Alcohol—Consumption—Drinking hours; Alcohol abuse; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals; Hospitals—Funding
- Ontario Association of Chiefs of Police** *see* Witnesses
- Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals**  
Role, representation, 52:55
- Ontario Federation of Home and School Associations**  
Funding, 20:117  
*See also* Witnesses
- Ontario Health Insurance Plan** *see* Alcohol abuse—Rehabilitation facilities, Funding; Drug abuse—Treatment facilities, Funding
- Ontario Secondary Schools Principals Council** *see* Witnesses
- Opium** *see* Drug abuse
- Optometric services** *see* Health care
- Optometrists**  
Role, 51:16
- Orders of Reference**  
AIDS, 2:3  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, 30:3  
Committee, membership, 30:3; 34:3  
Drug abuse, 3:3  
Alcohol abuse, M. (Coppes), 10:3, agreed to  
Drugs and pharmaceuticals, labelling, 53:3  
Food, labelling, 53:3  
Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, 29:3  
National Health and Welfare Department estimates  
1987-1988, main, 16:3  
1987-1988, supplementary (C), 35:3
- Organ transplants** *see* Hospitals—Technological services
- Organization meetings** *see* Procedure and Committee business
- Organizations appearing** *see* Witnesses
- Organized crime** *see* Drug abuse—Crime
- Orlikow, David** (NDP—Winnipeg North)  
Drug abuse, Committee study, 10:11-2  
Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:29-31, 40-1
- Ottawa Board of Education** *see* Witnesses
- Ottawa, Ont.** *see* Drug abuse—School board programs—Treatment facilities, Our House
- Our House** *see* Drug abuse—Treatment facilities
- Outaouais, Que. region** *see* Drug abuse
- Pain** *see* Disabilities, back pain
- Pain-killers** *see* Drugs and pharmaceuticals
- Palliative care** *see* Bio-ethics; Health care
- Panzica, Norman** (Individual presentation; Council on Drug Abuse)  
Alcohol abuse, Committee study, 11:3, 29-35  
Drug abuse, Committee study, 6:3-16; 11:3, 29-35
- Parents** *see* Child care—Availability; Children; Drug abuse—Education—Families—Youth
- Parents Against Drugs**  
Activity, scope, 20:42-3

**Parents Against Drugs—Cont.**

Funding, 20:33-4, 39, 45

*See also* Addiction Research Foundation; Drug abuse—Programs; Witnesses

**Parkes, Dr. M. (Carleton University)**

Drug abuse, Committee study, 3:3

**Parliament** *see* Health care—Native people, Indian Affairs and Northern Development Department**Parsons, Terry (Central Toronto Youth Services)**

Alcohol abuse, Committee study, 20:114

Drug abuse, Committee study, 20:114

**Part-time employment** *see* Employment**PARTICIPaction** *see* Drug abuse—Lifestyle; Fitness and Amateur Sport Ministry of State**Patent medicine** *see* Drugs and pharmaceuticals—Labelling**Patents** *see* Health food industry**Patients** *see* AIDS—Government expenditures; Doctors—Ethical behaviour**Pavillon Jellinek**

Budget, funding, etc., 15:10-1

*See also* Witnesses

**PCP** *see* Drug abuse—Angel dust**Pearson, Landon (Canadian Council on Children and Youth)**

Child poverty, Committee study, 37:3-9, 11-5

Health care, Committee study, 45:3-4, 7-9, 14-6

**Peck, George (Ontario Secondary Schools Principals Council)**

Alcohol abuse, Committee study, 20:4, 62-74

Drug abuse, Committee study, 20:4, 62-74

**Peer pressure** *see* Drug abuse—Youth**Pelletier, Sgt Michel (Royal Canadian Mounted Police)**

Drug abuse, Committee study, 7:3-27

**Pensions**

Canadian Labour Congress, proposals, background, 36:19

Homemakers *see* Canada Pension Plan—Amending

Portability, 38:15

Retirement age, 17:22, 31-3; 33:16

*See also* Canada Pension Plan; Canada Pension Plan survivor benefits—Recipients, Women; Disability pensions

**Pentamidine** *see* AIDS—Drugs**People to Reduce Impaired Driving Everywhere**

Organization, development, growth, 20:83, 86

*See also* Witnesses

**Perinatal mortality** *see* Children—Infants; Native people—Mortality**Perspectives on Allied Health** *see* Health care practitioners—Allied health care practitioners**Peters, Gordon (Chiefs of Ontario)**

Health care, Committee study, 46:3, 18-27, 29-35

**Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada**

Role, representation, 49:23

*See also* Witnesses

**Pharmacists** *see* Drugs and pharmaceuticals—Ingredients, disclosing**Physical fitness** *see* Fitness**Physicians** *see* Doctors**Physiotherapists** *see* Health care—Chiropractic services, Medicare**Piercey, Dr. Maureen (Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Vancouver)**

Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 83-6, 91

Drug abuse, Committee study, 22:4, 83-6, 91

**Pigott, Susan (Child Poverty Action Group)**

Child poverty, Committee study, 37:3, 15-8, 20, 22-4

**Pinder, Lavada (National Health and Welfare Department)**

Drug abuse, Committee study, 9:3, 15, 17, 20, 22-4

**Placebos** *see* Drugs and pharmaceuticals**Plain, Dr. Richard (Consumers Association of Canada)**

Health care, Committee study, 50:3, 41-51, 53-6

**Podsadowski, Alan A.W. (Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependencies)**

Alcohol abuse, Committee study, 23:3, 23-39

Drug abuse, Committee study, 23:3, 23-39

**Poison** *see* Drug abuse; Rat poison**Poitras, Paul (Federation of Saskatchewan Indian Nations)**

Alcohol abuse, Committee study, 24:4, 51-9

Drug abuse, Committee study, 24:4, 51-9

**Police** *see* Drug abuse—Law enforcement—Scope; Impaired driving**Police forces** *see* Drug abuse—Canadian Armed Forces**Polls** *see* Public opinion polls**Pollution**

Air pollution, 52:140-1

Chemicals, 52:138-9, 141-2

Controlling, 52:153

Great Lakes cleanup

Federal role, 35:27-8

Free trade agreement, effect, 35:19-20

Health risks, 35:18, 22, 26-8

Industrial pollution, 35:22; 52:141

Non-traditional pollutants, identifying, monitoring, 52:139-40

**Population**

Aging, 51:4-5, 10; 52:22

Birth rate, falling, impact, reversing, 37:24-5

Franco-Ontarians, 14:88

Lifespan, factors, 52:135-6

Mortality rates, change over time, 52:126, 136

Disease-specific rates, 52:135

New Brunswick, 13:25-6

*See also* Health care—Aging; Hospitals—Acute/chronic care

**Pornography**

Legislation, 42:24

Research, 42:23-4

*See also* Drug abuse

**Postlewaite, Gordon** (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)

Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:3, 27-31, 33-4, 36-8

**Potatoes** *see* Food banks—New Brunswick

**Pothier, Hector** *see* Drug abuse—Courts, sentencing

**Pouliot, Yvan** (Canadian Institute of Actuaries)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 33:3, 11

**Poundmakers Lodge**

Development, 25:15

*See also* Witnesses

**Poverty**

Attitudes, blaming the victim, 37:11, 15

Causes, identifying, 37:18

Child tax credit alleviating, 35:17

Defining, 37:6-7

Employment alleviating, 35:18; 37:16-7

Other countries, comparison, 37:6, 12

Personal choice, J. Epp position, *Saints in Caesar's Household*, article, 17:6-7

Profile, change, 35:17

Welfare, effect, 35:18

*See also* Child care—National strategy; Child poverty; Family

**Pre-natal care** *see* Health care—Preventive

**Prescription drugs** *see* Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals

**Preventive health care** *see* Health care

**Prince Edward Island** *see* Drug abuse—National Native Alcohol and Drug Abuse Program

**Principals** *see* Drug abuse—Schools, Thunder Bay, Ont.

**Prison** *see* Alcohol abuse; Drug abuse—Crime, Organized—Law enforcement—Programs; Native people

**Private Members' motion** *see* Dorin, Murray

**Privatization** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State—PARTICIPaction

**Procedure and Committee business**

Advertising for submissions, 22:30; 25:3, agreed to; 41:3, agreed to

Agenda and procedure subcommittee

Establishing

M. (B. Turner), 1:6, agreed to, 3

M. (Copps), 30:26-7, agreed to, 4

Meetings, scheduling, 30:6-7

Briefing notes, confidentiality, 47:29-30, 32-3

Briefs

Appending to minutes and evidence, 46:18-9; 47:5, 7

M. (White), 47:7, agreed to, 3

Corrections, 48:15, 20; 52:144

Distribution, 32:4

Budget

Approval, 41:4, agreed to by unanimous consent

M. (Copps), 10:3, agreed to

Supplementary, 41:3, agreed to on division

Business meeting, 1:9-12

**Procedure and Committee business—Cont.**

Chairman, election

M. (Mantha), 1:5, agreed to, 3

M. (Reimer), 30:5, agreed to, 4

Clerk, introductions, 1:21

Correspondence, tabling, 48:24

Documents

Appending to minutes and evidence, 10:4; 11:3, agreed to; 17:33, agreed to by unanimous consent, 3

M. (B. Turner), 3:7, agreed to, 4

Availability, 5:6; 9:28

Distribution, 1:14; 30:20; 47:17-8

English only, 1:13

Production, 2:5, 9, 20, 25

Errata, 29:2; 43:2; 45:2

*In camera* meetings, 1:4; 3:3; 5:3; 8:3; 10:3, 20; 25:3; 27:3, 30; 28:67-9; 39:3; 41:3-4; 42:3-4; 44:37; 53:17; 54:64

Determining, 30:7-8

Need, 8:36

Transcripts

Circulating, 1:7-8

M., 1:8, agreed to by unanimous consent, 3

Clerk retaining, M. (White), 8:3, agreed to

Information

Availability, 12:27

Providing, 30:10, 33; 34:18-9; 47:16; 52:32

Requesting, 30:15, 20; 31:14, 17, 28; 36:13; 47:10, 12; 52:107

Language, non-sexist, 30:5

Meetings

Adjourning, building evacuated, 45:22

Delayed start, 25:5; 35:26

Outside Ottawa, Ont., costs, paying, 28:67, agreed to

Scheduling, 47:33

Members

Absence, 33:11, 16; 34:11

Appearing as witnesses, 14:4; 29:4; 40:3

Attendance, 3:5; 6:27; 20:5, 10; 50:71-2; 52:15

Leaving meeting early, 26:17; 30:6-7

Ministers

Appearing before Committee, 18:27; 25:33; 35:7-8

Information, providing to Committee, 16:13; 35:9, 13, 16, 19, 29, 32

Inviting, 35:8; 41:3, agreed to

Late arrival, 35:5

Leaving meeting early, 34:5

Questioning

Beyond area of responsibility, 35:32

Beyond Order of Reference, 35:11, 21

Replies, 42:10, 19, 24, 32

Time limit, 34:11; 35:25

Motions

Disposition, 27:30-1

Notice, 21:4

Rescinding *see* Procedure and Committee business—Printing—Quorum

Organization meetings, 1:5-12; 30:5-7

Printing

Minutes and evidence, M. (Frith), 1:5-6, agreed to, 3

M. to rescind (White), 3:3, agreed to

Reports to House

First, 28:69, agreed to



**Procedure and Committee business—Cont.**

## Printing—Cont.

## Reports to House—Cont.

## First—Cont.

Graphs, distinctive cover, costs, paying, 28:69, agreed to

Third, 44:37, agreed to

Fourth, 53:17, agreed to

Fifth, 54:64, agreed to

## Questioning of witnesses

Chair not recognizing member, 23:58-9

Order of questioners, priority, 31:22

Personal opinions, 3:32-3

Replies, deferring, 40:28; 41:21

Rotation by party, 11:29

Scope, 4:22; 16:11, 17, 32-3

Time limit, 1:6-7; 5:11; 17:30; 31:22-3; 50:72

M. (McCurdy), 1:7, agreed to, 3

Written questions, 51:13

## Quorum, 7:4

Composition, 30:6

Lack, 21:39-40

Meeting and receiving/printing evidence without,

M. (McCurdy), 1:6, agreed to, 3

M. to rescind (Frith), 3:3, agreed to

## Reports to House

## First

Draft, adopting, Chairman authorized to make typographical/editorial changes, 28:69, agreed to

Editor, hiring, 28:69, agreed to

Government response, requesting, 28:69, agreed to

Reprinting, 40:3, agreed to

Title, 28:69, agreed to

## Third

Adopting, Chairman authorized to make typographical/editorial changes, 44:37, agreed to

Editor, hiring, 44:37, agreed to

Government response, requesting, 44:37, agreed to

Title, 44:37, agreed to

## Fourth

Adopting, Chairman authorized to make typographical/editorial changes, 53:17, agreed to

Editor, hiring, 53:17, agreed to

Government response, requesting, 53:17, agreed to

Title, 53:17, agreed to

## Fifth

Adopting as amended, Chairman authorized to make typographical/editorial changes, 54:64, agreed to

Editor, hiring, 54:64, agreed to

Title, 54:64, agreed to

Reprint, *Issue 54 (see front cover for reprint indication)*

## Room

Facilities, commendation, 19:5; 20:5

Smoking, 12:23-4

M. (B. Turner), 16:5-6, agreed to, 4

Vacating, 6:32

Slide presentation, 40:10

Staff, researchers, 17:5-6; 21:4-5

Retaining, 39:3, agreed to

Steering committee *see* Procedure and Committee business—

Agenda and procedure subcommittee

**Procedure and Committee business—Cont.**

## Travel

Authorization, 41:3-4, agreed to

M. (White), 10:3, agreed to

M. (McCrossan), 18:42, agreed to, 3

Preliminary arrangement, Clerk authorization, M. (B. Turner), 10:3-4, agreed to

## Vice-Chairman

Election, 1:8-9; 30:5-6

M. (Frith), 1:5, agreed to, 3; withdrawn, 1:3

Ms. (Mantha), 1:9, agreed to, 4; 10:3, agreed to

M. (Fraleigh), 30:5, agreed to, 4

Taking Chair, 12:3; 18:3; 35:4; 40:3

Video presentation, 7:9

Visitors, identifying, 37:25

Votes in House, 1:12; 27:31; 52:64

## Witnesses

## Appearances

Cancelling, 32:4

Failure to appear, 27:8-10

Requesting, 30:27-8

Scheduling, 8:3, agreed to; 25:3, agreed to

Availability, 30:7, 28

Background information, 6:4

Commendation, 15:30; 23:117; 30:32-3

Expenses, paying, 25:3, agreed to

M. (McCurdy), 1:7, agreed to, 3

Introducing, 40:6

Inviting, 40:3, agreed to; 48:21-2, 24-5

M. (White), 5:3, agreed to

## Presentations

Length, 3:12-3; 14:8; 31:4

Scope, 20:93-4

Questioning members, 39:9

**Productivity** *see* Drug abuse—Workplace

**Professional Institute of the Public Service of Canada**

Representation, 39:17

*See also* Witnesses

**Prohibition** *see* Alcohol abuse

**Propylene glycol** *see* Drugs and pharmaceuticals—Additives/excipients

**Prostitution** *see* Drug abuse

**Provinces** *see* Alcohol—Taxation; Canada Pension Plan survivor benefits—Consultation paper reform proposals, Implementation; Medicare—Services; and *see also* particular provinces

**Psychiatrists** *see* Alcohol abuse—Treatment

**Psycho-active drugs** *see* Drugs and pharmaceuticals

**Psychological addiction** *see* Drug abuse—Addiction

**Psychological services** *see* AIDS—Prevention; Health care

**Public health** *see* AIDS—Education; Child poverty—Alleviating; Health care—Community, extended health services; Nurses

**Public opinion polls** *see* Family—Importance

**Public Service**

Deputy ministers, women, 5:23

**Public Service superannuation**

Canada Pension Plan, relationship

Benefits, 33:6-9

Integrating, 33:4-5, 10

Review process, 33:5, 7

Statute Law (Superannuation) Amendment Act, 1986 (amdt.)(Bill C-33), 33:4-8, 10

**Publications** *see* Addiction Research Foundation; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Labelling, Government; Health care practitioners—Allied health care practitioners

**Quarantine** *see* AIDS—Victims

**Quebec** *see* Drug abuse; Health care—Community health centres—Psychological services; Television

**Quebec Pension Plan** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Amounts—Consultation paper reform proposals, Uniformity

**Rachlis, Dr. Michael** (Medical Reform Group of Ontario)  
Health care, Committee study, 50:3, 61-71

**Radiation** *see* Hospitals—Equipment

**Ramsey, Ross** (Kaiser Substance Abuse Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 23:3, 5-22  
Drug abuse, Committee study, 23:3, 5-22

**Rat poison**

Uses, 7:18

*See also* Drugs and pharmaceuticals—Cut drugs

**Ravis, Don** (PC—Saskatoon East)

Drug abuse, 42:31

Health care, 42:17-9

Medical Research Council, 42:20-1

National Health and Welfare Department estimates, 1988-1989, main, 42:17-21, 29-31

Procedure and Committee business, Ministers, 42:19

Senior citizens, 42:29-30

**RCMP** *see* Royal Canadian Mounted Police

**Recidivism** *see* Drug abuse—Native treatment centres—Treatment services—Youth

**Recommendations of the Standing Committee on National Health and Welfare on the Proposed Changes to Canadian Drug Labelling Regulations Under the Food and Drugs Act** *see* Reports to House—Fourth

**Redway, Alan** (PC—York East; Individual presentation)

Alcohol abuse, Committee study, 14:18-9

Drug abuse, Committee study, 14:18-9

Food banks, Committee study, 14:3-9

Health care, Committee study, 50:12-5, 28-30, 40-1

**Reefer Madness** *see* Drug abuse—Movies

**Rehabilitation facilities** *see* Alcohol abuse

**Reid, Joe** (PC—St. Catharines)

Health care, Committee study, 50:54-6

National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, supplementary (C), 35:26-8

**Reimer, John** (PC—Kitchener)

National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 16:26-8, 32

Procedure and Committee business

Chairman, M., 30:5

Organization meeting, 30:5

Questioning of witnesses, 16:32

Vice-Chairman, 30:5

**Religion** *see* Drug abuse—Native people

**Remote/rural areas** *see* Doctors—Practising; Health care

**Renal dialysis** *see* Hospitals—Technological services, Waiting lists

**Reports to House**

First, alcohol abuse/drug abuse, *Booze, Pills & Dope: Reducing Substance Abuse in Canada*, 28:1-66

Third, Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, *Response to the Consultation Paper Survivor Benefits Under the Canada Pension Plan*, 44:1-37

Fourth, drugs and pharmaceuticals/food, labelling, *Recommendations of the Standing Committee on National Health and Welfare on the Proposed Changes to Canadian Drug Labelling Regulations Under the Food and Drugs Act*, 53:5-16

Fifth, health care, *Interim Report on the Canadian Health Care System: Facts and Issues*, 54:3-63

Travel, 10:3

**Reprints** *see* Procedure and Committee business

**Research**

Brain drain, 18:32-3, 40-1

Natural Sciences and Engineering Research Council report, 18:29

Corporate donations, United States, comparison, 18:31-2

Federal commitment, expenditures, etc., 16:13-5

*See also* Acid rain; Addiction Research Foundation; AIDS; Child poverty; Children—Sexual abuse; Drug abuse; Environment—Environmental sensitivity; Food—Additives, allergies; Health care; Hospitals—Management, Efficiency; Medical research; Pornography; Wellness, holistic medicine

**Response to the Consultation Paper Survivor Benefits under the Canada Pension Plan** *see* Reports to House—Third

**Restaurants** *see* Chinese restaurants; Food—Additives, Allergy charts—Labelling, ingredients, Fast foods

**Restaurateurs** *see* Food—Labelling, ingredients, Retailers

**Retailers** *see* Food—Labelling, ingredients

**Retirement** *see* Old Age Security—Eligibility; Pensions

**Richardson, Carol** (Canadian Health Coalition)

Health care, Committee study, 47:3, 16-21, 24-6, 28-32

**Richardson, Supt Douglas E.** (Victoria Police Department)

Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 18-29

Drug abuse, Committee study, 22:3, 18-29

**Rideauwood Institute**

Budget, funding, etc., 14:14-5

*See also* Appendices; Witnesses

**Ritalin** *see* Drug abuse—Crime

- Ritchie, Dr. Judith** (Canadian Nurses Association)  
Health care, Committee study, 52:3, 7-13, 16, 18-20
- Ritchie, Dr. Pierre L.-J.** (Canadian Psychological Association)  
Health care, Committee study, 52:3, 21-8, 30-7
- Roberts, Dr. Athol L.** (Canadian Medical Association)  
Health care, Committee study, 52:4, 94-7, 100, 104-5, 110-2, 114, 119-20
- Robertson, Jocelyne** (Maison Fraternité)  
Alcohol abuse, Committee study, 14:3, 24-8  
Drug abuse, Committee study, 14:3, 24-8
- Rodger, Ginette** (Canadian Nurses Association)  
Health care, Committee study, 52:3, 6-7, 12-20
- Roe, Donna** (Victorian Order of Nurses for Canada)  
Health care, Committee study, 50:3, 20, 23-8, 31-2, 34-7, 40-1
- Role models** *see* Drug abuse—Education, Reformed addicts—Native people; Olympics—1988 winter games, Native people
- Romain, Miles** (Youth Alcohol and Drug Community Action)  
Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 32-3, 37-8  
Drug abuse, Committee study, 15:3, 32-3, 37-8
- Rootman, Dr. Irving** (National Health and Welfare Department)  
Drug abuse, Committee study, 9:3, 15-20, 22, 24-5
- Rosenbaum, Paul** (Committee Researcher)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:26, 66, 76-7, 107, 109, 111; 20:28, 117; 21:38-9; 22:58, 76; 23:38, 85, 115; 24:57-8, 66; 25:35-7; 26:17-8; 27:31-2  
Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 30:28-32; 31:28; 33:19; 34:21; 36:15-6, 26; 38:13, 26-7; 39:16, 23  
Child poverty, Committee study, 37:14, 24  
Drug abuse, Committee study, 19:26, 66, 76-7, 107, 109, 111; 20:28, 117; 21:38-9; 22:58, 76; 23:38, 85, 115; 24:57-8, 66; 25:35-7; 26:17-8; 27:31-2  
Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 49:37  
Health care, Committee study, 43:29-30; 46:17; 47:31, 33; 50:18-9, 36, 70; 52:19, 36, 48, 82-3, 85-6, 120, 122, 136, 139-41, 159-61
- Royal Canadian Mounted Police** *see* Appendices; Drug abuse; Witnesses
- Royal commissions** *see* Drug abuse
- Royal Society of Canada, The** *see* AIDS—Research
- Rural areas** *see* Remote/rural areas
- Russell, Douglas H.** (Alcohol and Drug Association of Alberta)  
Alcohol abuse, Committee study, 24:3, 24-38  
Drug abuse, Committee study, 24:3, 24-38
- Russell, Patricia** (Committee Clerk)  
Alcohol abuse, Committee study, 24:15  
Drug abuse, Committee study, 24:15  
Procedure and Committee business, organization meetings, 1:5; 30:5
- Ryan, James M.** (Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 42-9  
Drug abuse, Committee study, 22:3, 42-9
- Sabourin, Dr. Michel** (Canadian Psychological Association)  
Health care, Committee study, 52:3, 20, 28-30, 35
- Safety** *see* Drug abuse—Workplace, Health
- Saints in Caesar's Household** *see* Poverty—Personal choice
- Salaries** *see* Wages and salaries
- Saskatchewan** *see* Drug abuse
- Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission** *see* Witnesses
- Scare tactics** *see* Drug abuse—Education
- Shankula, Henry** (Addiction Research Foundation)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:4, 111-8  
Drug abuse, Committee study, 19:4, 111-8
- School boards** *see* Drug abuse
- Schools** *see* Alcohol abuse; Child welfare programs; Drug abuse; Food—Labelling, ingredients
- Self-esteem** *see* Drug abuse—Personal factors
- Self-government** *see* Native people
- Senate**  
Reform, 17:29
- Senior citizens**  
Housing, family support, 51:12-3  
Independence, 38:5, 11-2; 51:5  
National Advisory Council on Aging, policy paper, 38:7  
Programs, 38:5; 42:29-31; 51:9  
Provincial drug plans, coverage, 35:12-3  
*See also* Alcohol abuse; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals; Health—Promotion; Health care; Wellness, holistic healing
- Senior Citizens Ministry of State**  
Establishing, funding, 35:6  
National Health and Welfare Department, relationship, 35:16-7
- Sentencing** *see* Drug abuse—Courts; Impaired driving—Law enforcement
- Service industries** *see* Employment
- Sex** *see* AIDS—Prevention
- Sex education** *see* AIDS; Health care—Preventive
- Sexual abuse** *see* Children
- Sexual orientation** *see* AIDS—Causes
- Sharp, Marsha** (Canadian Dietetic Association)  
Health care, Committee study, 52:3, 45, 48-50
- Shellfish industry**  
Atlantic fisheries, tainted mussels incident, December 1987, 49:16
- Sheltered workshops** *see* Disabled and handicapped
- Shirt, Pat** (Poundmakers Lodge)  
Alcohol abuse, Committee study, 24:4, 59-67; 25:4, 14-7, 25-6, 31-2, 39, 44-5  
Drug abuse, Committee study, 24:4, 59-67; 25:4, 14-7, 25-6, 31-2, 39, 44-5



- Sick leave** *see* Employment
- Simons, Joy** (Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 66-7, 69  
Drug abuse, Committee study, 22:4, 66-7, 69
- Single persons** *see* Canada Pension Plan survivor benefits
- Ski-jumping** *see* Sport
- Skinner, David** (Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada)  
Drugs and pharmaceuticals, labelling, Committee study, 40:4, 16-23, 25-6, 28
- Smart, Dr. R.G.** (Addiction Research Foundation)  
Drug abuse, Committee study, 8:3, 10-4, 16-29, 31-2, 35
- Smith, Dr. Donald Morison** (Individual presentation)  
Alcohol abuse, Committee study, 21:3, 27-39  
Drug abuse, Committee study, 21:3, 27-39
- Smith, Gregory** (National Health and Welfare Department)  
Drug abuse, Committee study, 5:4, 14, 32-5
- Smoking, tobacco use**  
Cancer, relationship, 22:87-8  
Decrease, 22:104  
Federal programs, 9:18; 19:110-1; 23:65, 108; 24:43-4  
National Program to Reduce Tobacco Use in Canada, 42:6  
Spittoons, 22:106  
Studies, 19:108  
Youth, prevalence, 19:30  
*See also* Procedure and Committee business—Room
- Smuggling** *see* Drugs and pharmaceuticals
- Smyth, Don K.M.** (Ottawa Board of Education)  
Alcohol abuse, Committee study, 19:4, 78-95  
Drug abuse, Committee study, 19:4, 78-95
- Snowden, William** (Victoria Police Department)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:3, 17, 22-4, 27-30  
Drug abuse, Committee study, 22:3, 17, 22-4, 27-30
- Social conditions** *see* Canada Pension Plan—Amending; Health care
- Social programs**  
Free trade agreement, effects, 34:22-3  
International agreements, 42:8  
*See also* Canada Pension Plan—Definition; Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms; Income security programs
- Socio-economic conditions** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms, Women; Disabilities, back pain—Effects; Drug abuse
- Sodium metabisulphites** *see* Drugs and pharmaceuticals—Additives/excipients
- Soft drugs** *see* Drug abuse—Addiction, Sources
- Solicitor General Department** *see* Drug abuse—Law enforcement; Witnesses
- Solomon, Prof. Robert** (Individual presentation)  
Alcohol abuse, Committee study, 26:3-22  
Drug abuse, Committee study, 26:3-22
- Sorrentino, Daniella** (Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 71-3, 78  
Drug abuse, Committee study, 22:4, 71-3, 78
- South America** *see* Drug abuse—Cocaine; Drugs and pharmaceuticals—Cultivation
- Speed** *see* Drug abuse—LSD
- Spittoons** *see* Smoking, tobacco use
- Sponsorship** *see* Alcohol—Beer
- Sport**  
Drugs, use, federal doping policy, 18:5, 14-5  
Fitness, workplace, 18:6, 17  
Funding, 18:6, 20; 42:8  
National Training Centres, location, 18:26  
Nordic Games, 18:24-5  
Programs promoting excellence, 18:5  
Ski-jumping, Big Thunder training centre, Thunder Bay, Ont., 18:24-5  
Violence, 18:5, 11, 21; 42:8  
Women, access, 18:5, 20-1  
*See also* Alcohol; Commonwealth Games; Olympics
- Spot checks** *see* Impaired driving—Police
- Spouses** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms
- Spouses allowance** *see* Old Age Security
- Stackhouse, Reginald** (PC—Scarborough West; Individual presentation)  
Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:4-9, 15-6, 19, 21
- Staig, Alan** (Alcohol and Drug Concerns Inc.)  
Alcohol abuse, Committee study, 20:3, 5-6, 8-9, 11-8, 24, 27-8  
Drug abuse, Committee study, 20:3, 5-6, 8-9, 11-8, 24, 27-8
- Stamler, R.T.** (Royal Canadian Mounted Police; Canadian Association of Chiefs of Police)  
Alcohol abuse, Committee study, 11:3, 7, 17-8, 21-3, 25, 35  
Drug abuse, Committee study, 3:4, 6-15, 20-7, 29; 11:3, 7, 17-8, 21-3, 25, 35
- Standing Order 21** *see* House of Commons
- Statute Law (Superannuation) Amendment Act, 1986 (amdt.) (Bill C-33)** *see* Canada Pension Plan; Public Service superannuation
- Steering committee** *see* Procedure and Committee business—Agenda and procedure subcommittee
- Steinman, Art** (Alcohol-Drug Education Service)  
Alcohol abuse, Committee study, 23:4, 77-85  
Drug abuse, Committee study, 23:4, 77-85
- Stereotyping** *see* Drug abuse—Youth
- Stevens, Greg** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)  
Alcohol abuse, Committee study, 12:3, 16-27  
Drug abuse, Committee study, 12:3, 16-27
- Straight Facts About Drugs** *see* Drug abuse—Publications
- Street drugs** *see* Drug abuse

- Street marketing** *see* Drugs and pharmaceuticals
- Stress** *see* Cancer; Drug abuse; Health
- Stroh, Dr. Carl** (British Columbia Ministry of Health)  
Alcohol abuse, Committee study, 23:4, 59-77  
Drug abuse, Committee study, 23:4, 59-77
- Students** *see* Drug abuse—Law enforcement—Schools
- Students Against Drunk Driving** *see* Alcohol abuse—Youth
- Substance abuse** *see* Alcohol abuse; Drug abuse; Reports to House—First
- Suicide** *see* Alcohol abuse—Youth; Drug abuse—Stress; Native people
- Sullivan, Anthony J.** (Youth Alcohol and Drug Community Action)  
Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 28-9, 31-2, 34-5, 37-8, 40  
Drug abuse, Committee study, 15:3, 28-9, 31-2, 34-5, 37-8, 40
- Sulphites** *see* Food—Additives, allergies
- Superannuation** *see* Public Service superannuation
- Surgical procedures** *see* Cardiovascular surgery; Hospitals
- Survivor benefits** *see* Canada Pension Plan
- Survivor Benefits Under the Canada Pension Plan** *see* Reports to House—Third
- Sutton, Lorette** (Victorian Order of Nurses for Canada)  
Health care, Committee study, 50:3, 21-3, 25-8, 31, 36-7, 39-41
- Sweeny, Dr. A.** (Carleton University)  
Drug abuse, Committee study, 3:3
- Tache Village reserve** *see* Alcohol abuse—Native people
- Taheebo tea** *see* Health food industry
- Talwin** *see* Drug abuse—Crime, Ritalin
- Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace** *see* Witnesses
- Task Force on Program Review (Nielsen)** *see* Drug abuse—National Native Alcohol and Drug Abuse Program; Native people
- Task forces** *see* Canada Pension Plan—Amending, Homemakers; Wellness, holistic healing
- Tate, Dr. Douglas** (Meadow Creek Addiction Research Centre (Royal Ottawa Hospital))  
Drug abuse, Committee study, 4:3-8, 10, 13-20, 22-9, 31, 33
- Taxation** *see* Alcohol; Children—Parental responsibilities; Drug abuse—Cost; Drugs and pharmaceuticals—Ontario; Family
- Teaching hospitals** *see* Hospitals
- Telecaster Committee** *see* AIDS—Prevention
- Telephones** *see* National Health and Welfare Department—Windsor, Ont. office
- Television**  
Educational messages promoting family life, networks producing, feasibility, 29:15-6, 19
- Television—Cont.**  
Family-oriented programming, 29:14-5  
Quebec-produced programs, broadcasting nationally, 29:16  
*See also* AIDS—Prevention—United States; Alcohol—Advertising; Drug abuse—Media
- Thornton, Dr. Ken** (Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria)  
Alcohol abuse, Committee study, 22:4, 78-82, 86-96  
Drug abuse, Committee study, 22:4, 78-82, 86-96
- Thunder Bay, Ont.** *see* Commonwealth Games; Drug abuse—Schools; Sport—Ski-jumping
- Tobacco and tobacco products**  
Banning, Hazardous Products Act, amending, including, 8:33-4  
Advertising  
Banning, 9:21; 26:13  
Restrictions, Bill C-51, Bill C-204, health implications, 50:58  
Women, targetting, 43:31  
*See also* Drug abuse—Cannabis/marijuana; Smoking, tobacco use
- Tobacco Products Control Act (Bill C-51)**  
References, 22:104-5; 23:32  
*See also* Tobacco and tobacco products—Advertising
- TOC ALPHA**  
Acronym, meaning, 20:24-5  
Programs, funding, etc., 20:25-7  
*See also* Witnesses
- Toronto, Ont.** *see* AIDS—Hostel; Committee—Travel; Drug abuse; Food banks—New Brunswick
- Towers, Gordon** (PC—Red Deer)  
Health care, Committee study, 43:23-4
- Trafficking** *see* Alcohol; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Illicit drugs
- Training programs** *see* Addiction Research Foundation—Programs; Dietitians; Doctors; Drug abuse—Treatment services; Nurse practitioners
- Transplants** *see* Organ transplants
- Transportation** *see* Drug abuse—Workplace; Olympics—1988 winter games, International Olympic Committee
- Travel** *see* Committee; Reports to House
- Treaty rights** *see* Health care—Native people
- Trends** *see* Employment—Women
- Tribute to Champions** *see* Fitness and Amateur Sport Ministry of State
- Tupper, Bill** (PC—Nepean—Carleton)  
Medical Research Council of Canada estimates, 1987-1988, main, 18:38-40
- Turner, Barry** (PC—Ottawa—Carleton; Vice-Chairman)  
Addiction Research Foundation, 8:20-1  
AIDS, 5:12-4, 31-3  
Committee study, 2:9-13  
Alcohol, 20:70-1, 115; 27:17, 19

**Turner, Barry—Cont.**

- Alcohol abuse, 4:14-5, 23; 9:19; 10:16-8
- Committee study, 11:15-7, 25; 13:7-11, 25-7, 29; 14:14-5, 22; 15:12-4, 30-3; 20:13-8, 24, 33, 38-41, 59-61, 67-71, 79-82, 86-7, 91, 93-4, 97-8, 106-8, 113-6; 21:21-4; 25:23-8, 40-2; 26:10-3, 17; 27:10, 14-7, 19, 28-31
- Canada Pension Plan Advisory Board, 38:21
- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 30:16-8, 23-4, 27, 32-3; 33:6-8, 10, 12, 16-9; 34:14-5, 21; 36:7-11, 18, 22-3; 38:8-10, 21; 39:9-11, 19-22
- Cannabis/marijuana, 27:28-9
- Child care, 37:13
- Child Poverty Action Group, 37:20
- Child poverty, Committee study, 37:12-4, 19-22, 24-5
- Committee, 20:13
- Disabilities, back pain, 43:16, 18
- Diseases, 5:15; 35:28
- Drug abuse, Committee study, 3:7, 13, 23-8, 31; 4:14-7, 22-4, 31; 5:12-5, 31-3; 6:23, 27-30; 7:12, 18-23; 8:10, 20-3, 25, 33-4; 9:19-21; 10:16-8; 11:15-7, 25; 13:7-11, 25-7, 29; 14:14-5, 22; 15:12-4, 30-3; 20:13-8, 24, 33, 38-41, 59-61, 67-71, 79-82, 86-7, 91, 93-4, 97-8, 106-8, 113-6; 21:21-4; 25:23-8, 40-2; 26:10-3, 17; 27:10, 14-7, 19, 28-31
- Drugs and pharmaceuticals, 6:28-9; 7:23; 9:19-20; 27:29
- Labelling, Committee study, 40:8; 49:31-4
- Economic conditions, 20:91
- Employment, 36:7; 39:11
- Family, 29:16-8
- Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1987-1988, main, 18:26
- Food banks, Committee study, 14:8
- Food, labelling, Committee study, 49:13-6, 18
- Government, 20:97
- Health care, Committee study, 43:14, 16-8, 20, 30-1
- Health food industry, Committee study, 1:17, 21-4
- Immunization, 35:5-6
- Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:14-8
- National Council of Women of Canada, 36:18
- National Health and Welfare Department estimates 1987-1988, main, 16:5, 22-6
- 1987-1988, supplementary (C), 35:5-6, 28
- National Revenue Department, 27:29
- Native people, 25:27
- Old Age Security, 16:24-5
- Olympics, 18:26-7
- Population, 37:24-5
- Poverty, 37:12
- Procedure and Committee business
  - Agenda and procedure subcommittee, M. (Copps), 30:27
  - Business meeting, 1:10-1
  - In camera* meetings, 1:7-8
  - Information, 12:27
  - Members, 6:27; 26:17; 33:16
  - Ministers, 35:8, 11, 21
  - Organization meeting, 1:5, 7-11
  - Questioning of witnesses, 4:22; 11:29
  - Room, 12:24
  - M., 16:5

**Turner, Barry—Cont.**

- Procedure and Committee business—Cont.
- Travel, M., 10:3-4
- Vice-Chairman, 1:8-9
- M. (Mantha), 1:9
- Witnesses, 3:13; 14:8; 20:93-4; 30:32-3
- Public Service superannuation, 33:8, 10
- Rat poison, 7:18
- Research, 16:22-3
- Shellfish industry, 49:16
- Television, 29:14-5
- Tobacco and tobacco products, 8:33-4; 9:21; 26:13
- UFFI** *see* Urea Formaldehyde Foam Insulation
- Unemployment** *see* Alcohol abuse—Native people; Drug abuse—Youth
- Union of Ontario Indians** *see* Witnesses
- Unions** *see* Labour unions
- United Kingdom** *see* AIDS; Alcohol abuse—Scope; Drug abuse—Heroin, Addicts
- United Nations** *see* Drug abuse
- United Nations Fund for Drug Abuse Control** *see* Drug abuse—United Nations
- United States** *see* Acid rain; AIDS; Alcohol—Drinking age; Alcohol abuse; Cannabis/marijuana—Importing; Drug abuse; Drugs and pharmaceuticals—Illicit drugs; Food—Labelling, ingredients; Free trade; Hospitals—Management; Medicare—Cost-effectiveness; Research—Corporate donations
- Universality** *see* Medicare; Old Age Security—Eligibility
- Universities** *see* Drug abuse—Programs
- University of British Columbia Family Practice Unit** *see* Witnesses
- Uranium** *see* Water quality
- Urea Formaldehyde Foam Insulation**
  - Dangers, government responsibility, 20:94
- Urine tests** *see* Drug abuse—Detection
- User fees** *see* Medicare
- Valium** *see* Drug abuse—Prescription drugs
- Vancouver, B.C.** *see* Committee—Travel
- Veterans Independence Program**
  - Utility, 17:15
- Victims** *see* AIDS; Alcohol abuse; Drug abuse; Poverty—Attitudes
- Victoria, B.C.** *see* Committee—Travel; Drug abuse—Crime
- Victoria Life Enrichment Society** *see* Witnesses
- Victoria Police Department** *see* Witnesses
- Victorian Order of Nurses** *see* Health care—Community, extended health services; Nurses—Public health
- Victorian Order of Nurses for Canada** *see* Witnesses



**Victorian Order of Nurses for Ontario**

Background, services, 50:21

**Vienna Conference** *see* Drug abuse—United Nations**Violence** *see* Alcohol abuse; Family; Sport**Vitamins** *see* Health food industry**Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act** *see* Disabled and handicapped—Legislation**Volunteer sector** *see* Drug abuse—Treatment services; Food banks**VON** *see* Victorian Order of Nurses**Wages and salaries** *see* Child care—Workers; Employment—Women; Health care practitioners—Remuneration**Waiting lists** *see* Alcohol abuse—Rehabilitation facilities; Hospitals—Technological services**Waldner, Sam** (Rideauwood Institute)

Alcohol abuse, Committee study, 14:3, 14-24

Drug abuse, Committee study, 14:3, 14-24

**Walker, Dr. Robin** (Canadian Council on Children and Youth)

Health care, Committee study, 45:3-7, 9-14, 17-22

**Walk-in clinics** *see* Health care**Walters, Dr. David J.** (Canadian Public Health Association)

Drug abuse, Committee study, 5:4, 10-1, 13-4, 23-5, 31, 35-6

**Ward, Brian** (Canadian Council on Children and Youth)

Child poverty, Committee study, 37:3, 9-10, 13, 15, 25

Health care, Committee study, 45:3, 15-6

**Water quality**

Contamination, risk management, 42:12

Guidelines, 42:7, 12; 52:140

Standards, establishing, 42:10-1

Uranium content, 42:10

**Watkins, Dr. J.L.** (Canadian Chiropractic Association)

Health care, Committee study, 43:3-5, 25-7, 29

**Welfare**

Benefits, adequacy, CAP requirement, federal enforcement, 35:24-6

*See also* Canada Pension Plan—Disability pension; Canada Pension Plan survivor benefits—Recipients; Native people; Poverty**Wellness, holistic medicine**

Cost-effectiveness, 52:150

Doctors

Attitude, 52:160-1

Training incorporating, 52:153

Funding, 52:153-4

Health care system incorporating, 52:152-3, 155

Medical profession, relationship, 52:146, 148-9, 157-8

Practitioners, 52:152, 156-9

Promoting, 52:152-3

Public acceptance, 52:144-5, 148

Research, 52:154

Senior citizens, application, 52:149-50, 159-60

Task force, appointing, 52:154-5

*See also* Health care—Philosophy**Welsh, Paul** (Rideauwood Institute)

Alcohol abuse, Committee study, 14:3, 9-24

Drug abuse, Committee study, 10:3; 14:3, 9-24

**WHO** *see* World Health Organization**White, Brian** (PC—Dauphin—Swan River)

AIDS, 5:21-2; 16:28-9

Alcohol abuse, 4:6; 8:28; 10:10

Committee study, 19:10-2, 23-4, 28, 33-4, 38, 53-5, 60-1, 63, 72-4, 87-8, 104-5, 116; 20:17-20, 25-7, 41-2, 55-7; 23:20-1, 32-4, 41-2, 55, 71-2, 82-3, 99-100, 112-4; 24:12-3, 42-3; 27:13-4

Child poverty, 45:14

Children, 45:12-4

Drug abuse, 16:30

Committee study, 4:6-8, 18-9, 32-3; 5:21-2; 8:28-9; 10:9-10; 19:10-2, 23-4, 28, 33-4, 38, 53-5, 60-1, 63, 72-4, 87-8, 104-5, 116; 20:17-20, 25-7, 41-2, 55-7; 23:20-1, 32-4, 41-2, 55, 71-2, 82-3, 99-100, 112-4; 24:12-3, 42-3; 27:13-4

Drugs and pharmaceuticals, 20:18, 56-7; 23:20

Labelling, Committee study, 41:11-2, 24

Food, labelling, Committee study, 41:11-2, 24

Health care, Committee study, 45:12-5; 46:13-7, 27-9, 31-2; 47:12-4, 23-4; 52:139

Hospitals, 46:14-5

Impaired driving, 19:104

Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:18-9

Medicare, 47:24

National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 16:28-30

Native people, 46:28-9, 31-2; 47:12

Pollution, 52:139

Procedure and Committee business

Briefs, M., 47:7

*In camera* meetings, M., 8:3

Travel, M., 10:3

Television, 29:19

TOC ALPHA, 20:25-6

**Widowed persons** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms, Divorced persons**Wilkinson, Marianne** (National Council of Women of Canada)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 36:3-18

**Williams, Tom** (Professional Institute of the Public Service of Canada)

Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 39:3, 20-1, 23

**Williams, Trevor** (Family Services Canada)

Marriage and family life, federal-provincial communication program, feasibility, Committee study, 29:4, 9-14, 17-21

**Wills** *see* Living wills**Wilson, Dr. Allen** (Meadow Creek Addiction Research Centre (Royal Ottawa Hospital))

Drug abuse, Committee study, 4:3, 6, 8-14, 16-22, 24-32

**Wilson, Rev. Tom** (Youth Alcohol and Drug Community Action)

Alcohol abuse, Committee study, 15:3, 35-6

**Wilson, Rev. Tom—Cont.**

Drug abuse, Committee study, 15:3, 35-6

**Windsor, Ont. see National Health and Welfare Department****Withdrawal see Drug abuse—Health effects****Witnesses (organizations)**

Addiction Research Foundation, 8:3, 10-4, 16-29, 31-2, 35; 19:3-41, 57-77, 95-118  
 Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 12:3, 16-27; 24:4, 39-50  
 Alcohol and Drug Association of Alberta, 24:3, 24-38  
 Alcohol and Drug Concerns Inc., 20:3, 5-9, 11-28  
 Alcohol and Drugs Program of British Columbia, 13:3-17, 28  
 Alcohol-Drug Education Service, 23:4, 77-85  
 Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick, 13:3, 18-30  
 Alkali Lake Reserve, 23:3, 40-8, 50  
 Allergy Information Association, 40:3, 13-6, 21-6, 28  
 Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependencies, 23:3, 23-39  
 Association of Canadian Medical Colleges, 52:3, 51-2, 65-7, 69-71, 74-5, 79, 85-7, 90-1  
 Association of Canadian Teaching Hospitals, 52:3, 52-60, 64-5, 67-9, 71-4, 76-93  
 Australia, Health Department, 2:3-17  
 Breakthrough Productions and the Society for Exploring Television with Children and Youth, 22:4, 66-78  
 British Columbia Health Ministry, 22:4, 111-2; 23:4, 59-77  
 British Columbia Medical Association, 22:4, 96-111  
 British Columbia Telephone Company, 23:4, 86-101  
 Canada Pension Plan Advisory Board, 38:3, 16-28  
 Canadian Association of Chiefs of Police, 11:3-29, 33-6  
 Canadian Association of Occupational Therapists, 50:3, 5-20  
 Canadian Association of Optometrists, 51:3, 13-26  
 Canadian Chiropractic Association, 43:3-5, 9-18, 21-7, 29  
 Canadian Council on Children and Youth, 37:3-15; 45:3-22  
 Canadian Dietetic Association, 52:3, 37-50  
 Canadian Health Coalition, 47:3, 16-32, 34  
 Canadian Hospital Association, 46:3-18  
 Canadian Institute for Guardianship, 20:4, 87-99  
 Canadian Institute of Actuaries, 33:3, 11-20  
 Canadian Labour Congress, 36:3, 18-27  
 Canadian Medical Association, 52:4, 94-122  
 Canadian Memorial Chiropractic College, 43:3, 5-9, 16-7, 19-21, 24, 26-32  
 Canadian Nurses Association, 52:3, 6-20  
 Canadian Psychological Association, 52:3, 20-37  
 Canadian Public Health Association, 5:4, 10-1, 13-4, 23-5, 31, 35-6  
 Canadian Restaurant and Foodservices Association, 49:3-22  
 CanCare Canada, 10:3-19  
 Carleton University, 3:3  
 Central Toronto Youth Services, 20:109-17  
 Chiefs of Ontario, 46:3, 18-27, 29-35  
 Child Poverty Action Group, 37:3, 15-25  
 Consumers Association of Canada, 50:3, 41-56  
 Council on Drug Abuse, 11:3, 29-35; 19:3, 41-56  
 Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria, 22:4, 78-96  
 Economic Communication Group, 48:3-14  
 Family Services Canada, 29:4, 9-14, 17-21

**Witnesses (organizations)—Cont.**

Federal Superannuates National Association, 33:3-11  
 Federation of Saskatchewan Indian Nations, 24:4, 51-9; 48:3-16  
 Horizon Institute, 23:3, 51-3  
 Hospital Council of Metropolitan Toronto, 52:3, 60-4, 81-2  
 Images UnLtd., 22:3, 50-9  
 Justice Department, 27:3, 16-7, 22-4  
 Kaiser Substance Abuse Foundation, 23:3, 5-22  
 Maison Fraternité, 14:3, 24-32  
 Meadow Creek Addiction Research Centre (Royal Ottawa Hospital), 4:3-33  
 Medical Reform Group of Ontario, 50:3, 56-71  
 Medical Research Council of Canada, 17:3, 24; 18:3, 27-42; 42:4, 20-1  
 National Action Committee on the Status of Women, 31:3-33  
 National Advisory Council on Aging, 38:3-16; 51:3-13  
 National Anti-Poverty Organization, 32:3-14  
 National Association of Women and the Law, 39:3-17  
 National Council of Women of Canada, 36:3-18  
 National Health and Welfare Department, 1:4, 13-33; 5:4, 14, 32-5; 9:3-38; 16:4, 15-7, 20-2; 17:3, 8-11, 21-2; 25:4-11, 21-4, 26-30, 32-9, 42-3; 27:3-33; 30:4, 7-35; 34:4-23; 35:4-33; 40:3-4, 8, 10-3, 20-4, 26-30; 41:4, 12, 14-5, 17-8, 20, 23, 25, 28-9; 42:4, 16-7, 29, 32-3; 52:137-43  
 National Native Advisory Council on Alcohol and Drug Abuse, 25:4, 11-4, 20-2, 24-5, 30, 35-6, 41-4, 46  
 National Native Alcohol and Drug Abuse Program, 23:3, 49-51  
 National Revenue Department, 6:3, 16-32  
 Native Council of Canada, 21:3, 5-27  
 Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, 24:3, 5-24  
 Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada, 40:4, 16-23, 25-6, 28  
 Nova Scotia Commission on Drug Dependency, 12:3-16  
 Ontario Association of Chiefs of Police, 20:3, 47-62  
 Ontario Federation of Home and School Associations, 20:4, 99-109  
 Ontario Secondary Schools Principals Council, 20:4, 62-74  
 Ottawa Board of Education, 19:4, 78-95  
 Parents Against Drugs, 20:3, 29-46  
 Pavillon Jellinek, 15:3-18  
 People to Reduce Impaired Driving Everywhere, 20:4, 74-87  
 Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, 49:3, 22-38  
 Poundmakers Lodge, 24:4, 59-67; 25:4, 14-7, 25-6, 31-2, 39, 44-5  
 Professional Institute of the Public Service of Canada, 39:3, 17-23  
 Rideauwood Institute, 10:3; 14:3, 9-24  
 Royal Canadian Mounted Police, 3:4, 6-27, 29, 31-2; 7:3-27  
 Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, 7:3, 27-41  
 Solicitor General Department, 27:3, 30  
 Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace, 22:3, 42-50  
 TOC ALPHA, 20:3, 9-10, 22, 24-6  
 Union of Ontario Indians, 25:4, 17-20, 26-7, 31-3, 39-40, 42-3  
 University of British Columbia Family Practice Unit, 23:4, 101-17  
 Victoria Life Enrichment Society, 22:3, 30-41  
 Victoria Police Department, 22:3, 17-30

**Witnesses (organizations)—Cont.**

- Victorian Order of Nurses for Canada, 50:3, 20-41
- Youth Alcohol and Drug Community Action, 15:3, 18-40
- 1988 Olympic Winter Games Office, 18:3, 9-12, 27-9
- See also individual witnesses by surname*

**Women** *see* Canada Pension Plan—Contributors; Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility, reforms—Recipients; Committee—Membership; Doctors; Drug abuse; Employment; Public Service; Sport; Tobacco and tobacco products—Advertising**Wooding, Brian** (Canadian Institute of Actuaries)

- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 33:3, 11

**Woodruff, Dr. Emerson** (Canadian Association of Optometrists)

- Health care, Committee study, 51:3, 17-8, 20-1, 23-6

**Workers' compensation boards** *see* Disabilities, back pain—Claims**Workforce** *see* Canada Pension Plan survivor benefits—Eligibility—Eligibility, reforms, Women**Workplace** *see* Drug abuse; Sport—Fitness**World Health Organization** *see* Addiction Research

- Foundation—International; AIDS; Drug abuse—United Nations

**Yonge St., Toronto, Ont.** *see* Drug abuse—Drug paraphernalia, Availability**Young, Neil** (NDP—Beaches)

- Canada Pension Plan, 17:12-4; 30:14-5, 31; 36:23-4; 39:12
- Canada Pension Plan survivor benefits, consultation paper, Committee study, 30:7, 14-5, 25-8, 31-2; 31:19-23, 33; 32:8-9, 13-4; 36:7, 9, 17, 23-4; 38:7-8, 19-20, 22; 39:12-4, 19
- Disabled and handicapped, 17:15, 30-1
- Employment, 36:17
- National Health and Welfare Department estimates, 1987-1988, main, 17:11-5, 30-1, 33
- Procedure and Committee business Documents, 17:33
- In camera* meeting, 30:7
- Information, 30:15
- Witnesses, 30:27
- Senior citizens, 38:7
- Veterans Independence Program, 17:15

**Youth** *see* Alcohol—Beverages—Trafficking; Alcohol abuse; Drug abuse; Smoking, tobacco use**Youth Alcohol and Drug Community Action**

- Development, funding, 15:19-20, 36-7, 39
- See also* Witnesses

**1988 Olympic Winter Games Office** *see* Witnesses















- Wilkinson—Suite**  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 36:4-18
- Williams, Tom** (Institut professionnel de la Fonction publique du Canada)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 39:20-1
- Williams, Trevor** (Services à la famille Canada)  
Famille et mariage, importance, communication, programme fédéral-provincial, création, étude, 29:9-14, 17-21
- Wilson, D'Allen** (Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Hôpital royal d'Ottawa))  
Drogues, usage abusif, étude, 4:6, 9-14, 16-22, 24-32
- Wilson, Rév. Tom** (Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:35-6
- Windsor, Ont.** *Voir* Santé nationale et Bien-être social, ministère—Bureaux locaux
- Winnipeg, Man.**  
Laboratoire de lutte contre la maladie, construction, coûts, 35:28-9
- Women's Health Collective.** *Voir* Santé, services—Services communautaires
- Wooding, Brian** (Institut canadien des acteurs)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, étude, 33:11
- Woodruff, D' Emerson** (Association canadienne des optométristes)  
Santé, services et financement, 51:17-8, 20-1, 23-6
- Wylter, rapport.** *Voir* Santé, services—Financement
- Yeux, troubles de la vue.** *Voir plutôt* Déficiences visuelles
- Young, Neil** (NPD—Beaches)  
Femmes, 36:17
- Handicapés et invalides, 17:15, 30-1
- Pensions du Canada, régime, 17:12-3
- Prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:14, 25-8, 31-2; 31:19-22, 33; 32:8-9, 13-4; 36:7, 9, 17, 23-4; 38:7-8, 19-20, 22; 39:12-4, 19
- Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 17:11-5, 30-1, 33
- SIDA, 38:20
- Your Teen and Drugs.** *Voir* Drogues et alcool, usage abusif—Jeunes—Parents, réactions
- Zimbabwe.** *Voir* Vaccination, programme international
- Ward, Brian** (Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse)  
Enfants, pauvreté, étude, 37:9-11, 13, 15, 25
- Santé, services et financement, 45:15-7
- Watkins, D' J.L.** (Association chiropratique canadienne)  
Santé, services et financement, 43:4-5, 25-7, 29
- Welsh, Paul** (Institut Rideauwood)  
Drogues, usage abusif, étude, 10:3
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:9-24
- White, Brian** (PC—Dauphin—Swan River)  
Addiction Research Foundation, 8:28; 19:10, 38, 61
- Alcoolisme, 8:28-9; 19:10-1
- Aliments, étiquetage, étude, 41:12, 24
- Alkali Lake, réserve indienne, 23:41-2
- Assurance-maladie, régimes, 47:24
- Autochtones, 24:12-3; 27:13; 46:27-9, 31-2; 47:12-3
- CanCare Canada, 10:9
- Council on Drug Abuse, 19:54
- Drogues, usage abusif, étude, 3:3; 4:6-8, 18-9, 32-3; 8:28-9; 10:9-10
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:10-2, 23-4, 28, 33-5, 38, 53-5, 60-1, 63, 72-3, 87-8, 104; 20:17-20, 25-7, 41-2, 55-7; 23:20, 32-4, 41-2, 55, 71-2, 82-3, 99-100, 112-3; 24:12-3, 42-4; 27:13-4
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 4:7; 19:11-2, 23-4, 34-5, 53-5, 60-1, 63; 20:17-8, 42, 56-7; 23:20, 71, 82-3, 99-100; 24:42-4; 27:13-5
- Enfants, 45:12-4
- Famille et mariage, importance, communication, programme fédéral-provincial, création, étude, 29:18-9
- Meadow Creek Addiction Treatment Centre, 4:6, 8
- Médicaments, étiquetage, 41:11
- Nouveaux-nés de faible poids, services, 45:12-4
- Ontario, 19:28, 72-3
- PNLADA, 23:42; 27:13
- Pollution, 52:139
- Santé, services et financement, 45:12-5; 46:13-6, 27-9, 31-2; 47:12-4, 23-4; 52:139
- Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 16:28-30
- School for Addiction Studies, 19:72
- SIDA, 16:28-9
- Étude, 5:21-2
- Toc Alpha, 20:25-7
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, 4:6, 8, 18; 10:10; 19:23; 23:32, 34, 55
- Wilkinson, Marianne** (Conseil national des femmes du Canada)



- Turner, Barry—*Suite*  
 Chiropractie, services, 43:14  
 Code criminel, Aliments et drogues et stupéfiants, projet de loi C-61, 27:29  
 Colombie-Britannique, 14:7-9  
 Comité, 3:13; 14:8; 20:13-4, 93; 27:31; 37:12  
 Séance d'organisation, 1:5, 7-11  
 Condition physique et sport amateur, 16:25  
 Conduite en état d'ébriété, 20:79-80  
 Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada, 38:21; 39:20  
 Conseil de recherches médicales, 16:22-3  
 Dos, douleurs chroniques, services, 43:16  
 Drogues, usage abusif, étude, 2:9-12; 3:3, 23-7, 31; 4:14-7, 22-4, 31; 6:28-30; 7:19-23; 8:32-4; 9:19-21; 10:16-8  
 Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:16-7, 25; 13:7-11, 25-7, 29; 14:14-5; 15:12-4, 30-3; 20:13-7, 24, 38-41, 59-61, 67-71, 79-82, 86, 91, 97-8, 106-8, 113-6; 21:21-4; 25:23-7, 40-1; 26:10-3; 27:14-8, 28-30  
 Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 4:16; 6:30; 7:19-20, 23; 8:21-3, 34; 9:19, 21; 10:16-8; 11:16, 25; 13:29; 14:15; 15:32; 20:15-7, 40-1, 60-1, 67-8, 71, 80-1, 107; 25:26; 26:10-3; 27:14-9, 28-9  
 Election à titre de vice-président, 30:5-6  
 Enfants, pauvreté, 37:12-4, 19-22, 24-5  
 Famille, 29:16-8  
 Famille et mariage, importance, communication, programme fédéral-provincial, création, étude, 29:14-7  
 Gouvernement, 20:91, 94  
 GRC, 7:20  
 Institut professionnel de la Fonction publique, 39:19  
 Institut Rideauwood, 14:14  
 Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, 18:26  
 Meadow Creek Addiction Treatment Centre, 4:23  
 Médicaments, étiquetage, 49:13-6, 18, 31-3  
 Nouveau-Brunswick, 13:25-7, 29  
 Ontario, 10:16; 20:24, 113, 116  
 Ontario Association of Chiefs of Police, 20:59, 61  
 Ontario Federation of Home and School Association, 20:106-7  
 Ontario Schools' Council, 20:67  
 Outaouais, Qué., 15:13-4  
 Parents Against Drugs, 20:38-9  
 Pavillon Jellinek, 15:14  
 Pension de la sécurité de la vieillesse, 16:24  
 Pensions de retraite, Loi de 1986 (modification), projet de loi C-33, 33:8-10  
 Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:16-7, 23-4, 32-3; 33:6-8, 10, 12, 16-9; 34:14-5, 21; 36:7-11, 18, 22-3; 38:8-10, 21; 39:9-11, 19-21  
 People to Reduce Impaired Driving Everywhere, 20:86  
 PNLADA, 25:24  
 Poundmakers Lodge, 25:25  
 Québec, 15:12-3  
 Revenu national, ministère, Douanes et accises, division, 27:29  
 Santé, services et financement, 43:14-8, 30-1  
 Santé nationale et Bien-être social  
 Budget principal 1987-1988, 16:22-5; 18:26  
 Budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:5-6, 28
- Turner, Barry—*Suite*  
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, 16:22  
 SIDA, 2:9-12; 5:12-5, 31-3  
 Toc Alpha, 20:24  
 Toxicomanes et alcooliques, traitement, 4:23; 10:17; 14:14; 15:31; 20:24, 114-5  
 Vaccination, programme, 35:5-6  
 Winnipeg, Man., 35:28  
 Tylenol, incident, Voir Médicaments  
 Union of Ontario Indians  
 Membres, représentation, 25:18  
 Représentant, témoignage, Voir Témoins  
 Université de la Colombie-Britannique  
 Représentants, témoignages, Voir témoins  
 Université Carleton  
 Représentants, témoignages, Voir témoins  
 Université de la Colombie-Britannique  
 Représentant, témoignage, Voir Témoins  
 Université de la Saskatchewan, Voir Drogues et alcool, usage abusif—Jeunes—*The Emerging*  
 Université de Toronto  
 Drogues et alcool, usage abusif, situation, 20:98-9  
 Représentant, témoignage, Voir Témoins  
 Université Lethbridge, Voir PNLADA—Recherche-développement  
 Université McMaster, Voir Médecins—Formation—Programmes  
 Université Western Ontario  
 Représentant, témoignage, Voir Témoins  
 Vaccination, programme international  
 Fonds alloués, Rotary, membres, participation, 35:5-6  
 Zimbabwé, accord, allusion, 35:5-6  
 Victoria Life Enrichment Society  
 Clientèle, 22:97-100  
 Représentant, témoignage, Voir Témoins  
 Victoria Police Department  
 Représentants, témoignages, Voir Témoins  
 Voir aussi Colombie-Britannique—Drogues et alcool, usage abusif  
 Vieillesse: vers une nouvelle perspective, Voir Santé, services—Financement—Santé nationale et Bien-être social, ministère  
 Vitamines et minéraux  
 Commercialisation, restrictions, 1:25-7  
 Vivre moi-même programme, Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Gouvernement—Éducation  
 Waldner, Sam (Institut Rideauwood)  
 Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:14-24  
 Walker, D' docteur Robin (Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse)  
 Santé, services et financement, 45:4-7, 9-14, 17-22  
 Walters, D' David J. (Association canadienne d'hygiène publique)  
 SIDA, étude, 5:10-1, 13-4, 23-4, 31, 35-6

**Toxicomanes et alcooliques, traitement—Suite**  
 Aux États-Unis, coûts, manque de services au Canada, etc., 10:17; 14:10, 14-5, 18-9, 22; 15:24-5; 16:17-9; 19:34, 88-90; 20:114-5  
 California Youth Authority, programme, 19:85  
 Cocaine, cas, 4:9-10  
 Conférence nationale sur le traitement des adolescents, Regina, Saskatchewan, 7:31  
 Consultations, demandes, externes, etc., 4:24; 19:23, 26-7  
 Coûts, 22:94  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Traitement mobile  
 Distinctions, 13:14-5  
 Durée, 22:40-1  
 Éducation par les pairs, 23:55, 57  
 Efficacité, 4:23; 10:10  
 Employeur, programme, B.C. Tel, cas, 27:19-20  
 En établissement, 24:66  
 Fonds alloués, 23:26-7, 32-4; 24:63  
 Provinces, participation, 19:85-6  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Traitement—Installations  
 Francophones hors Québec, accès, proportion, etc., 14:28-9, 31-3  
 Gouvernements, rôle, 10:11-2  
 Gratuité des services, 19:94  
 Groupes d'aide encourageant l'effort personnel, fonds alloués, 4:7-8  
 Hommes et femmes, proportion, 14:29  
 Installations, fonds alloués et personnel compétent, pénurie, 4:25-6; 14:12, 14; 15:35; 20:8, 10; 22:82-3; 23:54  
 Jeunes, 19:34; 23:38-9  
 Accès, manque de services, etc., 14:18, 24, 31; 16:19; 19:33, 86  
 Teen Challenge, organisme, allusion, 24:34  
 Traitements, diversification, 19:31-2  
 Méthadone, cliniques et médecins, implication, 23:115-6  
 Neuro-électrothérapie, 14:17  
 Neuro-linguistique, 22:52-9, 93, 106  
 Nouveaux traitements, étude, 24:41  
 Traitement—Installations  
 Physique et psychologique, 4:7  
 Policiers, formation, 15:26-7  
 Prisons, détenus, 20:8-9, 21-2, 24  
 Processus, 22:31-6  
 Professionnels, formation. *Voir plutôt* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Professionnels, médecins, etc., Réadaptation, taux, 4:23  
 Recherches, importance, 4:6; 14:16-7; 19:33; 24:41  
 Récidivisme, taux, 4:8; 10:15  
 SIDA, relation, 24:41, 47  
 Situation économique et sociale, personnalité, etc., 4:5, 12-3; 7:10-2, 39; 8:11; 14:23-4; 15:15; 19:40-1; 22:93; 24:62  
 Suivi, contrôle, etc., 4:24-5; 7:31; 10:15-6  
 Sullivan, T., cas, 15:31-2  
 Toxicomanes anonymes, organisme, 15:17-8  
 Traitement mobile et communautaire, coûts, succès, etc., 24:6-7, 63, 66  
 Tribunaux, professionnels spécialisés, formation, 15:27

**Toxicomanes et alcooliques, traitement—Suite**  
*Voir aussi* Addiction Research Foundation; Alberta—Autochtones; Autochtones; Central Toronto Youth Services; Colombie-Britannique; Nouveau-Brunswick; Ontario; Oujé, Poundmakers Lodge; Québec; Saskatchewan—Autochtones  
**T-P.A.** *Voir* Hôpitaux—Médicaments nouveaux; Médicaments  
**Travaux du Comité**  
 En vertu de l'art. 96(2) du Règlement  
 Aliments, étiquetage, étude, 41:5-31; 49:4-38  
 Aliments naturels, industrie, étude, 1:12-33  
 Banques alimentaires, étude, 14:4-9  
 Drogues, usage abusif, étude, 2:4-25; 3:5-33; 4:4-33; 6:4-32; 7:4-41; 8:5-36; 9:4-38; 10:5-19  
 Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:4-36; 12:4-27; 13:4-30; 14:9-33; 15:4-40; 19:5-118; 20:5-117; 21:5-39; 22:5-112; 23:5-117; 24:5-67; 25:5-46; 26:4-22; 27:4-34; 28:1-79  
 Enfants, pauvreté, étude, 37:4-25  
 Médicaments, étiquetage, étude, 40:5-31; 41:5-31; 49:4-38  
 Santé, services et financement, étude, 43:4-32; 45:4-22; 46:4-36; 47:4-34; 48:4-25; 50:5-73; 51:4-26; 52:6-161  
 SIDA, étude, 2:4-25; 5:5-36  
 Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:7-35; 31:4-34; 32:4-14; 33:4-21; 34:5-23; 36:4-27; 38:4-28  
 Planification, 1:9-12; 10:20  
 Santé nationale et Bien-être social  
 Budget principal  
 1987-1988, 16:5-37; 17:5-35; 18:4-42  
 1988-1989, 42:5-34  
 Budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:5-33  
**Troisième âge.** *Voir* Nations Unies—Conférence  
**Troisième âge, ministère d'État**  
 Fonds alloués, orientations, etc., 35:16-7  
 Ministère. *Voir* Personnes âgées—Indépendance—Autonomie  
 Rôle, mandat, etc., 42:30-1  
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, fusion, 35:16-7  
**Tuktoyaktuk.** *Voir* Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif—Situation  
**Turner, Bill** (P—Nepéan—Carleton)  
 Conseil de recherches médicales, 18:38-40  
 Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
 1987-1988, 18:38-40  
**Turner, Barry** (P—Ottawa—Carleton; vice-président)  
 Action communautaire contre la drogue et l'alcool, 15:33  
 Alcoolisme, 8:20; 9:19; 20:80, 82, 107-8  
 Aliments, 49:13-6  
 Aliments, étiquetage, 49:13-6, 18, 31-3  
 Aliments naturels, industrie, étude, 1:17, 21-3  
 Autochtones, 21:21-4; 25:23-4, 27, 40-1  
 Banques alimentaires, 14:8-9  
 Canadian Institute for Guardianship, 20:97-8  
 Central Toronto Youth Services, 20:114  
 Child Poverty Group, 37:20

- Témoins—Suite**  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 1:13-33; 5:14, 32-5; 9:4-38; 16:15-7, 20-2; 17:8-11, 21-2, 24; 25:5-11, 21-4, 26-30; 32-9, 42-3; 30:7-35; 35:19, 27-8; 40:8, 10-2, 20-4; 26-30; 41:12, 14-5, 17-8, 20, 23, 25, 28-9; 42:5-34; 52:13-7, 43  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 5:5-36; 16:6-20, 22-37; 17:3; 27:4-33; 34:5-23; 35:5-32; 41:5-11, 13-4, 16-9, 21-5, 27-30; 42:5-34  
Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, 7:27-41  
Services à la famille Canada, 29:9-14, 17-21  
Smith, D<sup>r</sup> Donald Morrison, 21:27-39  
Société canadienne de psychologie, 52:21-37  
Solliciteur général, ministère, 27:30  
Stackhouse, Réginald, 29:5-8, 15-6, 19  
Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace, 22:42-50  
Toc Alpha, 20:9-10, 22, 24-6  
Union of Ontario Indians, 25:17-20, 26-7, 31-3, 39-40, 42-3  
Université Carleton, 3:3  
Université de la Colombie-Britannique, Unité de pratique familiale, 23:101-17  
Université de Toronto, 8:5-10, 14-23, 25-7, 29-35  
Université Western Ontario, 26:4-22  
Victoria Life Enrichment Society, 22:30-41  
Victoria Police Department, 22:17-30  
*The Emerging Generation*, Voir Drogues et alcool, usage abusif—Jeunes  
*The Honour of All*, film, Voir Alkali Lake  
**Theophilline**, Voir Médicaments—Allergies  
**Thornton**, D<sup>r</sup> Ken (Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:78-82, 86-96  
**Thunder Bay, Ont.** Voir Jeux nordiques de 1993; Sports—Centre national  
**Toc Alpha**  
Appellation, signification, 20:24  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Accès, 20:25-6  
Fonds alloués, utilisation, priorités, 20:26-7  
*Positive Life-Using Skill* (PLUS), programme, 20:27  
Représentant, témoignage, Voir Témoins  
**Toronto, Ont.**  
Drogues et alcool, usage abusif, situation, criminalité, etc., 11:12-5  
Voir aussi Comité—Séances—Tenu  
*Toronto Star*, article, Voir Banques alimentaires; Médicaments—Ordonnances, abus; Pensions du Canada, régime—Modifications—Shiftin  
**Towers, Gordon** (PC—Red Deer)  
Chiropractie, services, 43:23  
Dos, douleurs chroniques, services, 43:24  
Santé, services et financement, 43:23-4  
**Toxicomanes et alcooliques, traitement**  
A domicile, 24:62-3  
Addiction Research Foundation, position, 19:6-7  
Antabuse, vaccin, efficacité, 23:32-3
- Témoins—Suite**  
Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, 23:49-51; 25:11-4, 20-2, 24-5, 30, 35-6, 41-4, 46  
Conseil consultatif national sur le troisième âge, 38:4-15; 51:4-13  
Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada, 38:16-28  
Conseil de recherches médicales, 18:27-42; 42:20-1  
Conseil des autochtones du Canada, 21:5-27  
Conseil du travail du Canada, 36:18-27  
Conseil national des femmes du Canada, 36:4-18  
Conseil scolaire d'Ottawa, 19:78-95  
Council on Drug Abuse, 19:41-56  
Dorin, Murray, 40:5-9  
Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria, 22:78-96  
Dyson, William A., 48:4-13  
Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan, 24:51-9; 47:4-16  
Felling, Reia, 23:53-8  
Gendarmerie royale du Canada, 3:6-32; 7:4-27  
Groupe de la réforme médicale de l'Ontario, 50:56-71  
Horizon Institute, 23:51-3  
Hospital Council of Metro Toronto, 52:60-4, 81-2  
Images Unltd., 22:50-9  
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, 50:20-41  
Institut canadien des actuaires, 33:11-20  
Institut professionnel de la Fonction publique du Canada, 39:17-23  
Institut Rideauwood, 10:3; 14:9-24  
Jansen, John, 22:5-17  
Justice, ministère, 27:16-7, 22-4  
Kaiser Substance Abuse Foundation, 23:5-22  
Maison Fraternité, 14:24-32  
Marcoux, D<sup>r</sup> Henri L., 52:143-61  
Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Hôpital Royal d'Ottawa), 4:4-33  
Munro, Donald W., 22:59-65  
Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, 24:5-24  
Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada, 40:16-23, 25-6, 28  
Nova Scotia Commission on Drug Dependency, 12:4-16  
Ontario Association of Chiefs of Police, 20:47-62  
Ontario Federation of Home and School Associations, 20:99-109  
Ontario Secondary Schools Principals Council, 20:62-73  
Organisation nationale anti-pauvreté, 32:4-14  
Panzica, Norman, 6:4-16  
Parents Against Drugs, 20:29-46  
Pavilion Jellinek, 15:4-18  
People to Reduce Impaired Driving Everywhere, 20:74-87  
Poundmakers Lodge, 24:59-67; 25:14-7, 25-6, 31-2, 39, 44-5  
Redway, Alan, 14:4-9  
Revenu national, ministère, Douanes et accises, division, 6:16-32



- Syndrome d'immunodéficience acquise...—Suite**  
 Préservatifs, publicité, Aliments et drogues, Loi, modification, 35:9-12  
 Prévention, moyens, 5:11, 15-6, 29  
 Psychologie, nécessité, 52:23  
 Public, éducation, sensibilisation, etc., programme, 5:10-1; 16:30, 34  
 Autochtones, répercussions, 5:21-2  
 Campagne, lancement, 5:7  
 Financement, gouvernement, contribution, 5:8-9, 16-20, 23  
 Gouvernement, rôle, 5:12-3  
 Industries, participation, 5:35-6  
 Médias, publicité, influence, 2:5, 16-7  
 Ministre, opinion personnelle, répercussions, 16:31-3  
 Modalités, 5:13-4  
 Ontario, programme, financement, 5:19-20  
 Provinces, compétence, 5:9-10, 18-9, 17:9-10  
 Radio-Canada, politiques, 5:30-1  
 Renseignements, divulgation, 6:35-6  
 Télévision, publicité, oppositions, consultations, etc., 16:33-7, 17:8-9; 42:27-9  
**Recherches**  
 Financement, gouvernement, contribution, 5:12; 16:29-30  
 Résultats et renseignements, partage et coopération entre les pays, 2:11  
 Société canadienne de la Croix Rouge, tests sanguins, vérification, 5:32  
**Traitement**  
 Hospitalisation, coûts, 5:20-1  
 Médicaments, efficacité, disponibilité, etc., 5:22; 42:15-7  
 AZT, 42:16-7  
 Travail, milieu, sécurité d'emploi, etc., répercussions, 5:35-5  
 Pacific Western Airlines, congédiement d'un employé, cas, 5:33-4  
*Voir aussi* Australie; Toxicomanes  
**Tabac, consommation. Voir** Drogues et alcool, usage abusif  
**Tabac, produits, réglementation, Loi**  
 Allusion, 50:58  
**Tache, réserve. Voir** Réserves indiennes—Alcoolisme  
**Tagamet. Voir** Hôpitaux—Médicaments nouveaux  
**Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace**  
 Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lieux du travail  
**Tate, Dr Douglas (Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Hôpital royal d'Ottawa))**  
 Drogues, usage abusif, étude, 4:4-8, 10, 13-9, 22-9, 31, 33  
**Technologie de pointe. Voir** Hôpitaux d'enseignement; Santé, services  
**Teen Challenge. Voir** Toxicomanes et alcooliques, traitement—jeunes  
**Témoins**  
 Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes, 15:18-40  
 Conduite en état d'ébriété  
*Teenagers Against Drinking and Driving programme. Voir*
- Témoins—Suite**  
 Addiction Research Foundation, 8:10-4, 18-9, 23-9, 31-2, 35-6; 19:5-41, 57-77, 95-118  
 Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 12:16-27; 24:39-50  
 Alcohol and Drug Association of Alberta, 24:24-38  
 Alcohol and Drug Concerns Inc., 20:5-9, 11-28  
 Alcohol-Drug Education Service, 23:77-85  
 Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick, 13:18-30  
 Alkali Lake Reserve, 23:40-8, 50, 53  
 Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependence, 23:23-39  
 Association canadienne de l'industrie du médicament, 49:22-38  
 Association canadienne des chefs de police, 11:4-29, 33-6  
 Association canadienne des diététistes, 52:37-49  
 Association canadienne des ergothérapeutes, 50:5-20  
 Association canadienne des optométristes, 51:13-26  
 Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation, 49:4-22  
 Association canadienne d'hygiène publique, 5:10-1, 13-4, 23-5, 31, 35-6  
 Association chiropratique canadienne, 43:4-5, 9-18, 21-7, 29  
 Association de l'information sur les allergies, 40:13-6, 21-6, 28  
 Association des facultés de médecine du Canada, 52:51-2, 65-7, 69-71, 74-5, 79, 85-7, 90-1  
 Association des hôpitaux du Canada, 46:4-17  
 Association des infirmières et infirmiers du Canada, 52:7-20  
 Association médicale canadienne, 52:94-122  
 Association nationale de la femme et le droit, 39:4-17  
 Association nationale des retraités fédéraux, 33:4-11  
 Association of Canadian Teaching Hospitals, 52:52-60, 64-5, 67-9, 71-4, 76-93  
 Australie, ministère de la Santé, 2:4-25  
 Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national, 23:49-51  
 Baltzan, Dr M.A., 52:123-37  
 Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth (ETC), 22:66-78  
 British Columbia Medical Association, 22:96-111  
 British Columbia Telephone Company, 23:86-101  
 Brown, Chris, 48:14-25  
 Bureau des Jeux olympiques d'hiver 1988, 18:9-12, 27  
 Canadian Institute for Guardianship, 20:87-99  
 Canadian Memorial Chiropractic College, 43:5-9, 16-7, 19-21, 24, 26-32  
 CanCare Canada, 10:5-19  
 Central Toronto Youth Services, 20:109-17  
 Chiefs of Ontario, 46:18-35  
 Child Poverty Action Group, 37:15-25  
 Coalition canadienne de la santé, 47:16-32  
 Colombie-Britannique, ministère de la Santé, (Alcohol and Drugs Program), 13:4-17, 28; 22:111-2; 23:59-76  
 Comité canadien d'action sur le statut de la femme, 31:4-34  
 Condition physique et Sport amateur, ministre, 18:4-10, 12-27  
 Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, 37:4-15, 25; 45:4-22

- Suicides, Violent and Accidental Deaths among Treaty Indian in Saskatchewan, étude.** Voir Saskatchewan—Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif, consommation
- Sullivan, Tony** (Action communautaire contre la drogue et Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:28-9, 31, 34-5, 37-8, 40)
- Sulphite.** Voir Médicaments—Allergies
- Sunnybrook.** Voir Hôpital Sunnybrook
- Supplément de revenu garanti (SRG).** Voir Pensions du Canada, régime—Prestations
- Surfacturation.** Voir Assurance-maladie, régimes—Médecins
- Sutton, Lorette** (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada) Santé, services et financement, 50:21-3, 25-8, 31, 36-7, 39-41
- Sweeney, A.** (Université Carleton) Drogues, usage abusif, étude, 3:3
- Syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)**
- Cas**
- Age, moyenne, 5:32**
- Déclaration, obligation, 5:15**
- Nombre, statistiques, 2:13; 5:5-7; 16:28-9**
- Comparaison avec d'autres pays, 5:6**
- Provinces, déclaration, date, uniformisation, 5:7-8**
- Communautés, appui, 2:14**
- Consultation internationale, réunion au mois de mars, allusion, 5:7**
- Dépistage, tests**
- Délais, efficacité, etc., 5:23-5; 17:10-1**
- Éducation.** Voir sous le titre *susmentionné* Enfants—Écoles et Public
- Enfants**
- Écoles, éducation, accès, refus, 2:12**
- Éducation sexuelle, programmes scolaires, 2:10-3**
- Étude, 2:4-25; 5:5-36**
- Allusion, 38:20**
- Financement**
- Provenance, répartition, etc., 2:15**
- Voir aussi sous le titre *susmentionné* Public, éducation et Recherches**
- Groupe de la réforme médicale de l'Ontario, position, 50:57-8, 66**
- Groupes communautaires, financement, 2:15-6; 5:29-30**
- Immigrants**
- Cas, nombre, 5:31-2**
- Dépistage, tests, obligation comme condition d'entrée, 5:25-9**
- Médecins travaillant dans les ambassades, Tuberculose, comparaison, 5:26-7**
- Plan quinquennal, programme fédéral, 5:7; 16:28-30; 42:27-8**
- Assurances, compagnies, discrimination, 5:32-3**
- Détention, quarantaine, etc., prostituées, cas, 5:14-5**
- Porteurs**
- Stupéfiants.** Voir *pluôt* Drogues
- Solomon, professeur Robert** (Université Western Ontario) Drogues et alcool, usage abusif, étude, 26:4-22
- Voir aussi** Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Sorrentino, Daniela** (Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:71-3, 78**
- Clientis, 52:44**
- Soupes populaires**
- Sous-comité du programme et de la procédure.** Voir Comité
- Southeast Child and Family Services.** Voir Manitoba—Autochtones—Santé
- Sports**
- Associations sportives nationales, directives, 18:19-21**
- Centre national de formation pour le saut à ski, Thunder Bay, Ont., installations, 18:25-6**
- Drogues**
- Intérêts, liste, 18:19**
- Prescrites, utilisation, élimination, politique, 18:5**
- Femmes, participation, encouragement, 18:5**
- Financement**
- Conseil de marketing du sport, création, 18:5-6**
- Secteur privé, participation, 18:6**
- Hommage aux champions, programme, 18:5**
- Politique internationale, instauration, 18:6**
- Rôle, 18:7-8**
- Violence dans les sports, campagne contre, 18:5, 11**
- Ligue nationale de hockey, éliminatoires, cas, 18:21**
- SRG.** Voir Supplément de revenu garanti
- Stackhouse, Reginald** (PC—Scarborough—Ouest; témoin à titre personnel)
- Famille et mariage, communication, programme fédéral-provincial, création, étude, 29:5-8, 15-6, 19**
- Voir aussi** Témoins
- Staig, Allen** (Alcohol and Drug Concerns Inc.) Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:5-6, 8-9, 11-8, 24, 27-8
- Stamler, R.T.** (Gendarmerie royale du Canada: Association canadienne des chefs de police)
- Drogues, usage abusif, étude, 3:6-15, 20-7, 29-31**
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:7, 17-8, 21-3, 25, 35**
- Stay Real, programme.** Voir *pluôt* Vivre moi-même programme
- Steinmann, Art** (Alcohol-Drug Education Service)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:77-85**
- Stevens Greg** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 12:16-27**
- Stratégie nationale antidrogue.** Voir *pluôt* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie nationale
- Stroh, D<sup>r</sup> Carl** (Colombie-Britannique, ministère de la Santé)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:59-76**
- Students Against Drinking and Driving Program (SADD).** Voir Drogues, lutte
- Supéfiants.** Voir *pluôt* Drogues



- Santé nationale et Bien-être social**.....*Suite*
- Sous-ministre adjoint, M. Ian Green, nomination, 16:22
- Voir aussi* Aliments, étiquetage; Appendices; Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif, lutte; Comité—Témoins; Drogues et alcool, usage abusif, lutte; Pollution; Santé; services—Financement; Troisième âge, ministère d'Etat
- Saskatchewan**
- Alcoolisme, 17:34-5
- Autochtones
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 24:51-2
- Évaluation, 24:55-6
- Fonds alloués, 24:52-3, 57
- Drogues et alcool, usage abusif, situation, 7:36-7, 24:51, 57
- Suicides, Violent and Accidental Deaths among Treaty Indians in Saskatchewan*, étude, 24:51
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, centres
- Fonctionnement, fonds alloués, 24:53, 56-7
- Formation, fonds alloués, 24:53
- Gouvernement fédéral, implication, 24:54-5
- Morcellement en maisons de transition, cas, 25:17
- New Dawn Valley Centre, 24:52, 55
- Drogues et alcool, usage abusif
- Motifs, 7:35-6
- Situation, catégories, etc., 7:34-7
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Autochtones
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 7:28-33
- Centre de traitement destiné aux jeunes, création, 7:31
- Centres de traitement et de réadaptation à but lucratif, 7:40-1
- Comité consultatif, création, rapport, etc., 7:28
- Efficacité, contrôle, 7:31, 41
- Jeunes, consultation, 7:31-2
- Partage des coûts, 7:32-3
- Politique scolaire, instauration, 7:29, 37-8
- Population, sensibilisation, 7:29-30
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Autochtones
- Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission (SADAC)**
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 15:24, 27-8
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Sault Ste. Marie Group Health Centre**. *Voir* Santé, services—Médecins
- Schankula, Henry** (Addiction Research Foundation)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:111-8
- School for Addiction Studies**
- Activités, 19:69-70
- Financement, 19:72
- Programmes internationaux, ACDI, relation, 19:77
- Voir aussi* Addiction Research Foundation—Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Professionnels; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie
- Séance d'organisation**. *Voir* Comité
- Secrétariat interministériel sur l'abus de la drogue**
- Membres, 9:12
- Sécurité du revenu, programme**
- Activités, fonds alloués, etc., 16:9; 35:7; 42:7-8
- Solliciteur général, ministère**
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Sécurité du revenu, programme—Suite**
- Palements statutaires, diminution, 35:6
- Services à la famille Canada**
- Composition, activités, etc., 29:9
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Services médicaux, programme**. *Voir* *pluôt* Santé, services—Programme
- Services sociaux, programme
- Activités, fonds alloués, etc., 16:8; 35:7; 42:6-7, 21-4
- Libre-échange, accord, répercussions, 34:22-3
- Sharp, Marsha (Association canadienne des diététistes)
- Santé, services et financement, 52:45, 48-9
- Sherman, Bud**, étude. *Voir* Santé, services—Libre-échange
- Shifrin, Leonard**. *Voir* Pensions du Canada, régime—Modifications
- Shirt, Pat** (Foundmakers Lodge)
- Antécédents, 24:59
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:14-7, 25-6, 31-2, 39, 44-5
- SIDA**. *Voir* *pluôt* Syndrome d'immunodéficience acquise
- Simons, Joy** (Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:66-7
- Skinner, David** (Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada)
- Médicaments, étiquetage, 40:16-23, 25-6, 28
- Smart, D' R. G.** (Addiction Research Foundation)
- Drogues, usage abusif, étude, 8:10-4, 18-9, 23-9, 31-2, 35-6
- Smith, D' Donald Morrison** (témoin à titre personnel)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 21:27-39
- Smith, Gregory** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
- SIDA, étude, 5:14, 32-5
- Smyth, Don** (Conseil scolaire d'Ottawa)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:78-95
- Snowden, William** (Victoria Police Department)
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:17, 22-4, 27-30
- Société canadienne de la Croix Rouge**. *Voir* SIDA
- Société canadienne de l'écologie clinique et de la médecine environnementale**. *Voir* Allergies—Environnement
- Société canadienne de psychologie**
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Society for Exploring Television with Children and Youth**. *Voir* Breakthrough Productions
- Soins de santé pour les personnes âgées, document**. *Voir* Santé, services—Soins avant le décès
- Solliciteur général**. *Voir* Conseil scolaire d'Ottawa—Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Étude; Drogues et alcool, usage abusif



- Santé, services—Suite**  
Soins avant le décès, euthanasie, coûts, éthique, etc., 50:25-6;  
52:66-7, 71-5, 110-3  
Soins de santé pour les personnes âgées, document, 52:111  
allusion, 52:111  
Soins coûteux, questions éthiques, critères, 45:21; 50:27  
Soins spécialisés, listes d'attente, sondage, 52:57-8  
Système, réorientation vers la promotion de la santé et les  
services communautaires, coupures, etc., 17:16-9; 35:15-6;  
43:13-4, 18-9; 47:20-6, 31-2; 48:6-10, 12-3; 50:11-2, 16-7,  
19-25, 30-1, 36, 65, 71; 52:7, 9-13, 47, 72-3, 99, 146-8,  
154-5, 158  
Hôpitaux, services, répercussions, 50:28-9, 40-1; 52:18-20  
Rapports, recommandations, 52:10  
Technologie de pointe, utilisation, 43:7-8; 50:27-8  
Évaluation, 50:28; 52:69, 82-3, 96, 105-6  
Échographies, 52:67-8  
Gestion par les médecins, hôpital Sunnybrook,  
programme, 52:71, 92-3  
Professionnels de la santé, poursuites juridiques, influence,  
52:78-9  
Rentabilité, 52:106-7  
*Voir aussi* Allergies—Environnement; Autochtones;  
Chiropractie, services; Ergothérapie, services; Médecines  
naturelles; Ontario; Opiométrie, services; Personnes  
âgées; Psychologie, services
- Santé nationale et bien-être social**  
Budget principal  
1987-1988, 16:5-37; 17:5-35; 18:4-42  
1988-1989, 42:5-34  
Budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:5-33  
**Santé nationale et Bien-être social, Comité. Voir plutôt** Comité  
**Santé nationale et Bien-être social, ministère**  
Administration, programme  
Activités, fonds alloués, etc., 16:10; 35:6; 42:8  
Budget des dépenses  
Adoption, 18:42-3; 42:34-5  
Ventilation, 16:6-7; 42:5-6  
Bureau de recherche sur les médicaments, activités, années-  
personnes, etc., 9:32-5  
Bureau des drogues dangereuses  
Fonds alloués, ventilation, 9:31  
*Voir aussi* Médicaments—Déroulement  
Bureau des médicaments humains prescrits, activités, années-  
personnes, etc., 9:32, 34  
Bureau sur l'usage des drogues à des fins non médicales,  
allusion, 24:42, 48  
Bureaux locaux, accès par téléphone, 16:19-22  
WindSOR, Ont., cas, 16:19-22  
Direction des médicaments, nutritionniste, services, 1:32  
Direction générale de la protection de la santé  
Et Services de la santé et de la promotion de la santé,  
relations, 9:36  
Nutritionniste, services, 1:32  
*Voir aussi* Aliments naturels; Santé—Risques  
Employés, diminution, sous-traitance, répercussions, 42:31-2  
Ministre. Voir Allergies—Environnement; Autochtones—  
Méts; Manitoba—Autochtones; Sida—Public, éducation  
Représentants, témoignages. Voir Témoins
- Santé, services—Suite**  
Politiques, instauration, consultations, 43:14-6; 52:9, 13-4  
Population, vieillissement, répercussions, 50:62, 69-71;  
52:18-20, 22-3  
Étude, compétence, 51:10  
Premiers ministres, conférences, document, allusion, 35:16  
Problèmes majeurs, répercussions, 48:10-1  
Professionnels de la santé  
Poursuites juridiques, 50:37-8  
*Voir aussi* sous le titre susmentionné Technologie de  
pointe  
Responsabilités, partage, services paramédicaux,  
promotion, etc., 50:8, 61; 51:11; 52:40, 103-4, 119-20,  
161  
Rôle, *Perspectives professionnelles dans le secteur des  
soins de santé*, publication, allusion, 52:119  
Programme, activités, fonds alloués, etc., 16:8; 35:7; 42:7  
Provinces, soins couverts. Voir plutôt Assurance-maladie,  
régimes—Services assurés  
Qualité, évaluation, maintien, etc., 46:6-7, 13; 52:95  
Régions éloignées, fonds alloués, discrimination, etc.,  
17:19-20; 52:100-1  
Québec, programme, allusion, 17:20; 52:86  
Services communautaires  
Accès direct, contrôle, etc., 50:10-3, 19, 26-7, 53-4; 51:22;  
52:9; 52:26  
Coûts, 48:8  
*Voir aussi* sous le titre susmentionné Médecins,  
rémunération  
Efficacité, 46:8-9; 50:38, 59-60, 63  
Cliniques sans rendez-vous, CLSC, etc., 46:16-7; 47:24-5,  
29  
Commission Rochon, mémoire, 47:29  
Ontario, statistiques, 52:11-2  
Ergothérapie, services, programmes, etc., 50:7  
Infirmières de l'Ordre de Victoria, services, Lark Harbour,  
T.-N., clinique, 50:23, 26-7  
Orientation vers les soins externes, 50:6  
Projets pilotes, bénéfices à court et à long terme, 52:100-2  
Promotion, 35:15-6; 45:14-5; 50:27; 51:11; 52:98-100, 116  
Commission Hastings, allusion, 50:35, 54  
Hôpitaux, services, répercussions, 50:28-9  
Santé, Loi, modification, 51:10  
*Voir aussi* Désinstitutionnalisation  
Provinces, fonds alloués, encouragement, 52:114-5  
Psychologie, services, accès, 52:27  
Women's Health Collective, programme, 50:39-40  
*Voir aussi* Personnes âgées; Santé, promotion et  
prévention—Hôpitaux et sous le titre susmentionné  
Système, réorientation  
Services paramédicaux  
Financement accru, 50:64-5  
Personnel, formation, 52:65-6  
*Voir aussi* sous le titre susmentionné Professionnels de la  
santé—Responsabilités  
Situation, 35:12; 52:7, 143-5  
Soins à long terme, coûts, responsabilité, etc., 46:12, 14-6;  
47:32  
Ontario, étude, allusion, 47:32

**Santé, promotion et prévention—Suite**  
*La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, document, mise en oeuvre, appuis, etc., 16:7; 42:19; 46:12-3; 50:6; 51:11; 52:7-8, 38-9, 98*  
*Latonde-Laframboise, rapport, allusion, 52:115*  
 Médecines naturelles, rôle, 52:148, 152-3  
 Nutrition, importance, 45:17; 52:38-9  
 Nouvelle-Ecosse, rapport, 52:44  
 Ottawa, Charte, allusion, 52:38-9  
 Pauvreté, chômage, etc., relations, 45:15-9; 47:18-9, 26; 50:59  
 Programmes, activités, fonds alloués, etc., 16:7-9; 35:6-7; 42:6-7; 43:8; 52:65, 99, 154  
 Provinces, contribution, 52:32-3, 99  
 Rentabilité, 52:100, 113-4  
 Responsabilité individuelle, 43:8; 48:11, 50:6, 8, 13, 16, 39-40; 52:9-10  
 Sondages, allusions, 16:7-8; 46:10-1  
*Voir aussi* Médecins—Formation; Ontario—Drogues et alcool, usage abusif, lutte; Santé, services—Système, réorientation  
**Santé, protection, programme, Voir plutôt** Santé, promotion et prévention—Programmes  
**Santé, services**  
 Accès, 52:8-9, 61-4  
 Abus, 45:21; 50:50, 68-9  
 Cancer, victimes, 52:62  
 Chirurgie cardio-vasculaire, 52:61-2  
 Localisation, recommandation, 52:62  
 Maladies rénales, 52:61-2  
*Voir aussi* sous le titre *susmentionné* Coûts et Services communautaires  
 Association canadienne des diététistes, recommandations, 52:41-2  
 Association canadienne des ergothérapeutes, position, 50:6  
 Association canadienne des optométristes, recommandations, 51:14-6  
 Association des consommateurs du Canada, recommandations, 50:42-4  
 Association des hôpitaux du Canada, recommandations, 46:5-7; 52:60  
 Association des infirmières et infirmiers du Canada, 46:5-7; 52:60  
 Calahan, Daniel, *Setting Limits*, 48:10  
 Centres de santé communautaires, *Voir plutôt* sous le titre *susmentionné* Services communautaires  
 Centres d'excellence, promotion, 52:103  
 Conférence nationale, instauration, recommandations, 52:96  
 Conseil canadien de la santé, création, recommandations, 43:13; 46:13; 50:50-1, 56, 62  
 Consultation et évaluation, services, 16:8  
 Coordination, 52:100  
 Coupures, *Voir sous le titre susmentionné* Système—Réorientation  
 Coûts, 50:66, 71; 52:22, 96  
 Absolut, 52:124  
 Accès universel, répercussions, 43:5-7; 51:10  
 Analyse, 52:123-37  
 Autres pays, comparaison, 47:32-4; 48:8-9; 52:129-33  
 Bénéfices, mortalité, taux, relation, 52:125-7, 135-7  
 Commission Hall, rapport, 52:124  
 Etudes comparatives, 45:16-7; 51:10

**Santé, services—Suite**  
 Coûts—Suite  
 Pensions du Canada, régime, comparaison, 52:130-1  
 Réduction, nécessité, 52:47  
 Relatifs au PNB, 52:124-5, 129, 134  
 Revenu national, relation, Banque du Canada, gouverneur, théorie, 52:127-9, 131-3  
*Voir aussi* Dos, douleurs chroniques; Nouveaux-nés de faible poids  
 Dépenses non essentielles, contrôle, 52:77, 112-3  
 Salt Lake City, E.-U., étude, 52:60, 77  
 Diagnostiques, examens, 50:25-6, 36-7  
 Données, information, accès, 50:22  
 Echographies, *Voir sous le titre susmentionné* Technologie de pointe—Évaluation  
 Euthanasie, *Voir sous le titre susmentionné* Soins avant le décès  
 Financement, 46:5-6; 52:95  
 Association médicale canadienne, rapport, 43:12-3  
 Coalition canadienne de la santé, recommandations, 47:19-20  
 Contribution fédérale, 46:6; 47:20-3, 31; 52:95  
 Contrôle, 17:16-9  
 États-Unis, comparaison, 52:88  
 Étude, 43:4-32; 45:4-22; 46:4-36; 47:4-34; 48:4-25; 50:5-73; 51:4-26; 52:6-161  
 Rapport à la Chambre, 54:3-63  
 Provinces, contribution, Budget de 1984, répercussions, 52:97-9, 102-3, 107-8  
 Manitoba, statistiques, 52:103  
 Réorientation, *Voir plutôt* sous le titre *susmentionné* Système, réorientation  
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, *Veillez vers une nouvelle perspective*, document, recommandations, 41:11  
 Secleur privé, participation, 52:95  
 Utilisateurs, déboursement en fonction du revenu, 50:31-2, 34, 38; 52:47-9, 118-9  
 Wyler, rapport, allusion, 43:18-9  
 Fondation canadienne pour l'écologie humaine, position, 48:12, 14  
 Groupe de la réforme médicale de l'Ontario, position, 50:57-9  
 HMO, CSO, HSO, etc. *Voir plutôt* sous le titre *susmentionné* Services communautaires  
 Infirmières de l'Ordre de Victoria, recommandations, 50:22, 24  
 Infirmiers-praticiens, programme, 43:6; 50:61-2  
 Informatisation, coûts, 47:26  
 Libre-échange, accord, répercussions, 47:26-8; 52:121-2  
 Sherman, Bud, étude, allusion, 47:27  
 Marcoux, D' Henri L., position, 52:143-55  
 Médecins, rémunération à l'acte, rôle, etc., 45:19-21; 47:28-9; 48:12; 50:59; 52:154  
 Sault Ste. Marie Group Health Centre, cas, 47:29; 50:63  
 Services communautaires, coûts, comparaison, 50:63-4, 66-9  
 Modèle occidental, 50:33-4  
 Mutations sociales, répercussions, 43:5  
 Objectifs, priorités, etc., 46:5; 52:40  
 Autres pays, comparaison, 46:8  
 Provinces, adaptation, position, etc., 46:7-9

- Réserves indiennes—Suite**  
Alcoolisme, lutte—*Suite*  
Police affectés aux bandes, rôle, 24:17-8  
Tache, réserve, 24:7, 15-6  
*Voir aussi* Alkali Lake; Eau potable—Uranium
- Restaurants—minutie.** *Voir* Aliments, étiquetage—Restaurants, responsabilités
- Retraite, âge.** *Voir* Pension de la sécurité de la vieillesse
- Retraités fédéraux**  
Nombre, 33:4
- Revenu national, ministère, Douanes et accises, division**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Courtier, surveillance, activités, diminution, répercussions, 6:19-20, 31  
Employés, nombre, efficacité, etc., 6:20-5  
Équipe maître-chien renfléur, coût, 6:25  
Ressources supplémentaires nécessaires, 6:18-9  
Rôle, priorités, etc., 6:16-7  
Inspecteurs, formation, fonds alloués, 27:29-30  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Voir aussi* Comité—Témoins**
- Richardson, Carol** (Coalition canadienne de la santé)  
Santé, services et financement, 47:16-21, 24-6, 28-32
- Richardson, Douglas E.** (Victoria Police Department)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:18-29
- Ritchie, D' Judith** (Association des infirmières et infirmiers du Canada)  
Santé, services et financement, 52:7-13, 18-20
- Ritchie, D' Pierre** (Société canadienne de psychologie)  
Santé, services et financement, 52:21-8, 30-7
- Roberts, D' Arhol L.** (Association médicale canadienne)  
Santé, services et financement, 52:9-4-7, 100, 104-5, 110-2, 114, 119
- Robertson, Jocelyne** (Maison Fraternelle)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:24-8
- Rodger, Ginette** (Association des infirmières et infirmiers du Canada)  
Santé, services et financement, 52:6-7, 12-9
- Roe, Donna** (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)  
Santé, services et financement, 50:20, 23-8, 31-7, 40-1
- Roman, Miles** (Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:32-3, 37-8
- Rootman, Irving** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Drogues, usage abusif, étude, 9:15-20, 22, 24-5
- Rosenbaum, Paul** (rechercheur pour le Comité)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:21-2, 37  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:26, 66, 76-7, 107, 109, 20:28, 117; 21:38-9; 22:58, 76; 24:57, 66; 25:35-7; 26:17-8, 31-2
- Enfants, pauvreté, 37:14, 24
- Rosenbaum—Suite**  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:28-32; 31:28; 33:19; 34:21; 36:15-6, 26; 38:13, 26-7; 39:16, 23  
Santé, services et financement, étude, 43:29; 46:17; 47:31, 33; 50:18-9, 36, 70; 52:19, 36-7, 48, 82-3, 85-6, 120, 122, 136, 139-41, 159-60
- Rotary, membres.** *Voir* Vaccination—Programme—Fonds alloués
- RPC.** *Voir* Pensions du Canada, régime
- RRQ.** *Voir* Renties du Québec, régime
- Russell, Douglas H.** (Alcohol and Drug Association of Alberta)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 24:24-38
- Ryan, James M.** (Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:42-9
- Sabourin, D' Michel** (Société canadienne de psychologie)  
Santé, services et financement, 52:28-30, 35
- SADAC.** *Voir* Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission
- Salt Lake City, E.-U.** *Voir* Hôpitaux—Financement; Santé, services—Dépenses
- Sang**  
Banques autologues, cliniques privées, 35:20-1  
Et dérivés sanguins, Comité canadien du sang, contrôle, 35:20
- Santé**  
Organisation mondiale de la santé, définition, 51:6  
Recherches, situation, 52:146  
Risques, gestion, Santé nationale et bien-être social, ministère, direction générale de la protection de la santé, programmes, initiatives, etc., 52:137-9  
*Voir aussi* Pollution
- Santé, Loi**  
Modification, 52:11  
*Voir aussi* Assurance-maladie, régimes—Services assurés; Santé, services—Services communautaires—Promotion
- Objectif, 47:18  
Règlements, accès, 50:51-2
- Santé, promotion et prévention**  
Appuis, 52:33-4  
Attitudes, renversement, 48:5-6, 9; 52:115-6, 160  
Autres pays, comparaison, 37:7-8  
*Perry Preschool Program*, E.-U., 37:7  
Conseil des sciences du Canada, données, 48:6-7  
Critères, 52:151-2  
Diététique, services, rôle, 52:40-1  
Dunn, Dr., livre, allusion, 48:7  
Éducation, programmes, 43:21-2, 28-9; 45:9; 52:47, 153  
Éducation sexuelle, 52:116-7  
*Focus on Future*, programme, 45:14  
Hôpitaux, services communautaires, etc., rôle, 46:10  
Jackson, Ray, *Issues in Preventive Health Care*, document, allusion, 48:11



- Psychologie, services** Accès, 52:22-5, 27-9  
Enfants, 52:33  
Équipe multidisciplinaire, 52:29-31  
Personnes âgées, 52:32  
Pénitenciers, 52:32  
Régions rurales, 52:25-6  
Caractéristiques, 52:21  
Consultations extérieures, 52:24  
Intégration à la médecine moderne, 52:23  
Rentabilité, 52:24-5, 30, 36  
Rôle, 52:30-1  
Voir aussi Assurance-maladie, régimes—Services assurés; Santé, services—Services communautaires; SIDA
- Québec**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Gouvernement fédéral, intervention, 15:9-10  
Lacunes, allusion, 15:6, 10  
Matériel éducatif en français, disponibilité, 15:8  
Organisme de prévention, de recherche et de traitement, accès, 15:6  
Politique provinciale, instauration, 15:8, 10  
Recherches, orientation, 15:6-7, 10  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, centres résidentiels, jeunes, accès, 15:6, 12-3  
Voir aussi Conseil scolaire d'Ortawua—Drogues et alcool, usage abusif, lutte; Montréal; Outaouais; Santé, services—Régions éloignées
- Rachlis, D<sup>r</sup> Micael** (Groupe de la réforme médicale de l'Ontario)  
Santé, services et financement, 50:61-71  
**Radio-Canada.** Voir SIDA—Public
- Ramsey, Ross** (Kaiser Substance Abuse Foundation)  
Antécédents, 23:6-10  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:5-22  
**RAP.** Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Financement—PRPI
- Rapport intermédiaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude.** Voir Rapport à la Chambre—Cinquième
- Rapports à la Chambre**  
Premier (Boisson, pilules et drogue: Comment diminuer leur consommation au Canada), 28:1-76  
Allusion, 52:118  
Rémunération, 40:3  
Deuxième (Famille et mariage, importance, communication, programme fédéral-provincial), 41:3  
Troisième (Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, réponse), 44:1-37  
Quatrième (Aliments et médicaments, étiquetage), 53:1-16  
Cinquième (Rapport intermédiaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude), 54:3-63  
Autochtones, santé, services, recommandations, inclusion, 47:15-6
- Ravis, Don** (PC—Saskatoon-Est)  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 42:31  
Personnes âgées, 42:29-30
- Réserves indiennes**  
Alcoolisme, lutte, 24:7-8  
Anakheim Lake, réserve, 24:7  
Conseillers en alcoolisme, rôle, 24:15-7
- Recherches médicales**  
programme  
**Really Me, programme.** Voir plutôt Je tourne ma tête, programme  
Troisième âge, ministère d'État, 42:30  
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1988-1989, 42:17-21, 29-31  
Santé, services, 42:17-9  
Recherches médicales, 42:20-1
- Reday, Alan** (PC—York-Est; témoin à titre personnel)  
Banques alimentaires, 14:4-9  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:18-9  
Ergothérapie, services, 50:12-4  
Santé, promotion et financement, 50:12-5, 28-30, 40-1  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 14:18-9  
Voir aussi Témoins
- Reid, Joe** (PC—St. Catharines)  
Assurance-maladie, régimes, 50:54-6  
Pollution, 35:26-8  
Santé, services et financement, 50:54-6  
Santé nationale et Bien-être social, budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:26-8
- Reimer, John** (PC—Kitchener)  
Avortement, 16:26-8  
Comité, séance d'organisation, 30:5  
Pension de la sécurité de la vieillesse, 16:28  
Procédure et Règlement, 16:32  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 16:26-8, 32
- Rentes du Québec, régime (RRQ).** Voir Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant

- Poitras, chef Paul** (Federation of Saskatchewan Indian Nations)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 24:51-9
- Pollution**  
Anhydride sulfureux, répercussions, études, 35:18-9  
Contrôle, 52:141  
Compétence, 52:141-2  
États-Unis, 35:22  
Pluies acides, Comité spécial et Environnement, ministère, mesures, approbation, 35:22-3  
Eau potable, purification, *voir plus tôt* Eau potable, purification, programme  
Épandage, population, avertissement, compétence, 52:139  
Expositions multiples, répercussions, 52:141  
Maladies pulmonaires, répercussions, 35:22  
Noranda, mine, cas, 35:18  
Nouveaux polluants, identification et contrôle, 52:139-41  
Pluies acides, incidences, 35:22  
Étude binationale, 42:33  
Santé, protection, mesures, études, etc., 35:26-8; 52:153  
Grands Lacs, région, 35:26-7  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, statistiques, Environnement, ministère, étude, rapport, 35:26-7  
*voir aussi* Allergies—Environnement
- Poor Kids, rapport, voir plus tôt** Les enfants pauvres, rapport
- Pornographie**  
Répercussions, recherches, 42:23-4
- Positive Life-Using Skill (PLUS), programme, voir** Toc Alpha—Drogues et alcool, usage abusif
- Postlewaite, Gordon** (Association canadienne de l'industrie du médicament)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:27-31, 33-4, 36-8  
Pouliot, Yvan (Institut canadien des actuaires)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 33:11
- Poundmakers Lodge**  
Clientèle, 24:59-60, 65; 25:15  
Emplois, 24:60  
Salaires, 25:45  
Financement, 24:60-1  
Contrat de service avec le solliciteur général, allusion, 25:45  
Historique, 25:15  
Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, relations, 24:64  
Pow Wow annuel, quatorzième, allusion, 24:62  
Publicité, 24:61  
Représentant, témoignage, *voir* Témoins  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, récidivisme, taux, 24:65-6; 25:25-6
- Prématurés, voir plus tôt** Nouveaux-nés de faible poids
- Premier ministre, conférence**  
services; PNLAADA—Financement  
Allusion, 34:5  
*voir aussi* Santé, services
- PSV, voir** Pension de la sécurité de la vieillesse
- Pryor, affaire, voir** Drogues et alcool, usage abusif
- PRPI, voir** Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Financement
- Propylène-glycol, voir** Médicaments—Allergies
- Projet de loi C-204, voir** Non-fumeurs, santé, Loi fédérale, Lois
- Projet de loi C-116, voir** Pensions du Canada, régime et Cour stupéfiants
- Projet de loi C-61, voir** Code criminel, Aliments et drogues et Loi
- Projet de loi C-51, voir plus tôt** Tabac, produits, réglementation, Programmes sociaux, *voir plus tôt* Services sociaux, programme
- Projet de loi C-33, voir** Pensions de retraite, Loi
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, voir plus tôt** Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national
- Produits pharmaceutiques, étiquetage, voir plus tôt** Médicaments, étiquetage
- Produits ménagers**  
Étiquetage, 49:38
- Produits dangereux, Loi, voir** Drogues et alcool, usage abusif—Tabac
- Produits alimentaires, voir plus tôt** Aliments
- Procès-verbaux et témoignages**  
Erratum, 25:2; 29:2; 43:2; 45:2  
Impression, 1:5-6; 3:3
- Procédure et Règlement**  
Comité, questions relatives à l'organisation et au fonctionnement, *voir plus tôt* Comité  
Projet de loi d'initiative parlementaire, adoption, 40:8  
Question portant sur des opinions personnelles, recevabilité, 16:32-3
- PRIDE, voir** People to Reduce Impaired Driving Everywhere  
Travaux du Comité, planification, 1:9-12
- Rapports à la Chambre, Cinquième, autochtones, santé, services, recommandations, inclusion, 47:15-6**
- Question portant sur des opinions personnelles, recevable, 16:32-3**
- Procédure et Règlement**  
Vice-président, démission, 1:8  
27:9  
Bien-être social, ministère, Comité interministériel, Témoins, comparution, convocation, Santé nationale et amateur, 35:8  
Ministre, comparution, Condition physique et Sport  
Membres, commentaires devant être considérés comme des remarques personnelles, 3:33  
Mandat, modification, annonce parue dans les journaux, allusion, 47:17-8
- Débat, portée, 35:21**
- Comité**  
Président (décisions et déclarations)



Options, souplesse, etc., 38:5, 14  
Participation à la population active, critère, 30:11, 31-2;  
31:5-9, 13, 17-8, 21-2, 26-8, 30-1; 32:4, 6-8; 33:19;  
34:21; 36:5-8, 27; 38:8, 15; 39:7, 11-3  
Pensions de retraite, régimes fédéraux, intégration,  
relations, etc., 33:4-8, 10-1  
Conseil national mixte de la Fonction publique,  
formule adoptée en 1964, allusion, 33:4-5, 10  
Prestations autres du régime de pension du Canada,  
coordination, 39:17-8  
Prestations de décès, 30:11; 33:6, 8-9; 34:7  
Recalcu à 65 ans, 33:13  
Réforme nécessaire, 30:11-2; 32:9  
Régimes privés, transférabilité, 38:15  
Remariage, maintien, 34:7  
Rentés du Québec, régime, prestations, uniformisation,  
30:12; 31:20, 24; 33:14, 18-9; 39:23  
Revenus, critère, 31:33; 32:8-9; 34:15; 36:30; 38:10-1; 39:8  
Statistiques, 30:32; 34:5; 38:14-5  
Survivant invalide, prestations, 33:14, 17-8  
Système actuel, 30:9  
Unions libres, lesbiennes, etc., admissibilité, 39:8, 19  
Voir aussi Pensions du Canada, régime et Cour fédérale  
Prestations d'invaliddité, 30:30; 31:11-2; 39:23  
Admissibilité, critères, 16:20, 22  
Augmentation, provinces, réduction d'un montant égal,  
17:12-5; 30:30-1; 42:14-5  
Régime de retraite, d'assurance et non un programme social,  
32:6, 11-2; 36:11; 39:18-22  
Voir aussi Santé, services—Coûts  
**Pensions du Canada, régime et Cour fédérale, Lois**  
(modification), projet de loi C-116 (1ère session, 33ème  
législature)  
Allusion, 30:20  
Entrée en vigueur, 30:9  
Etude, modalités, 34:10  
Modifications, adoption unanime des provinces, 30:9; 34:16  
Prestations de survivant, modifications, exclusion, 30:9  
**People to Reduce Impaired Driving Everywhere (PRIDE)**  
Création, objectifs, etc., 20:75, 78, 83-4, 86-7  
Représentant, témoignage. Voir Témoins  
Voir aussi Conduite en état d'ébriété; Drogues et alcool,  
usage abusif, lutte—Solutions  
**Perk, George W.** (Ontario Secondary Schools Principals  
Council)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:62-73  
**Perry Preschool Program.** Voir Santé, promotion et  
prévention—Autres pays  
**Personnes âgées**  
Indépendance financière, autonomie, etc., 38:5, 11-2; 51:5  
Autonomie des aînés, programme d'aide, création,  
ministère d'Etat pour le 3ième âge, ministre,  
implication, 51:9  
Logement, appui familial, 51:12-3  
Ministère responsable. Voir Troisième âge, ministère d'Etat  
Programmes fédéraux, fonds alloués, 42:29-30

Santé, services  
Besoins, 51:5-6  
Efficacité, 52:95-6  
Hôpitaux, 51:6  
Information, 51:7-8  
Promotion de la santé, 51:8  
Surhospitalisation, allusion, 52:89, 91-2  
Terminologie, 51:4  
Transports, services, 51:8  
Vieillessement, médecines naturelles et médecine classique,  
position, 52:149-50, 160-1  
Voir aussi Drogues et alcool, usage abusif; Drogues et alcool,  
usage abusif, lutte; Famille; Médicaments et  
ordonnances, abus; Optométrie, services—Déficiences  
visuelles; Pauvrete; Psychologie, services—Accès  
**Perspectives professionnelles dans le secteur des soins de santé,**  
publication. Voir Santé, services—Professionnels de la  
santé—Rôle  
**Peters, Gordon** (Chiefs of Ontario)  
Santé, services et financement, 46:18-27, 29-35  
**Pharmacists Against Drug Abuse, programme.** Voir Ontario—  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
**Physiothérapie**  
Numéros de facturation, obtention, 52:88  
Pénurie, 52:87-8  
**Piercy, D' Maureen** (Drug and Alcohol Rehabilitation Society  
of Greater Victoria)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:83-6, 91  
**Pigott, Susan** (Child Poverty Action Group)  
Enfants, pauvreté, 37:15-8, 20, 22-4  
**Pincher Creek.** Voir Allergies—Environnement—Crédibilité  
**Pinder, Lavada** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être  
social)  
Drogues, usage abusif, étude, 9:15, 17, 20, 22-4  
**Placebo**  
Définition, 40:12  
Voir aussi Médicaments—Allergies  
**Plain, D' Richard** (Association des consommateurs du Canada)  
Santé, services et financement, 50:41-51, 53-6  
**Planification familiale**  
Politique nationale, instauration, 42:13-4  
Régulation des naissances, promotion et financement, 42:12-3  
**Play it Smart, programme.** Voir Conduite en état d'ébriété  
**Pluies acides.** Voir Pollution  
**Pluies acides, comité spécial.** Voir Pollution—Contrôle  
**PNLAADA.** Voir Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte,  
programme national  
**Podsadowski, Alan A.W.** (Alternatives Program for the  
Prevention of Chemical Dependences)  
Antécédents, 23:23  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:23-39



## Pensions du Canada, régime (RPC)—Suite

- Financement—Suite  
Gens à faible revenu, contribution, 31:33  
Révision quinquennale, 30:14; 33:14  
Fonds, insuffisance, faillite, allusion, 30:13-4  
Libre-échange, accord, répercussions, 34:22-3  
Modifications  
Adoption, modalités, 30:9, 19  
Comité, rôle, 31:19-20  
Congrès du travail du Canada, rôle, 36:19  
Coûts, prévisions, cotisations, augmentations, etc., 30:16-7, 19, 27-9; 31:26; 33:16  
Analyse actuarielle, disponibilité, 33:14-6, 18  
Mise en oeuvre, 16:9; 30:9; 33:6; 34:21  
Portée, 30:18  
Provinces, participation, accord, etc., 30:13, 23-4; 31:20-1, 24; 34:10, 15  
Répercussions, 32:8; 39:18  
Rétroactivité, 34:21  
Shiffrin, Léonard, position, article paru dans le *Toronto Star*, allusion, 30:33; 31:32  
Urgence, 31:12  
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Prestations de survenant  
Objectifs, structure, etc., 30:13; 38:7; 39:18-22  
Pensions de réversion. Voir *plutôt* sous le titre *susmentionné* Prestations de survenant  
Personnes au foyer, inclusion, 16:28; 17:22; 30:20; 31:11-2, 15, 17, 28; 32:7; 34:18-9; 36:6, 12; 42:25-7  
Comité consultatif, étude, rapport, 30:21-2; 34:19  
Ministre, réponse, 34:20  
Prestations de survenant, document de consultation, recommandations, concordance, allusion, 31:11-2  
Partage  
À la retraite, affectation temporaire, 36:21, 24-5  
En cas de divorce, 31:16, 25-6; 33:14-5  
Pauvreté, seuil, relation, 32:4-5  
Régimes privés, complémentarité, 30:22  
Revenus complémentaires, 34:9-10  
Supplément du revenu garanti, prestations, chevauchement, 30:22-3  
Prestations de survenant  
Admissibilité, critères, 34:6; 39:7  
Âge, critère, 33:16  
Ancien système et nouveau système  
Choix, période de transition plus ou moins longue, besoins particuliers, etc., 30:33-5; 31:9; 32:3; 33:12-3; 34:7-9; 36:6; 38:13, 27-8; 39:7-8, 14-5  
Comparaison, 32:13  
Anomales, Conseil de gestion de la pension, étude, allusion, 33:7  
Assistance sociale, prestations combinées, provinces, réduction, 17:22; 30:22-3, 29-31; 32:11-3; 34:12-5, 19-20; 36:21-3; 38:8-9  
Ministre, pouvoirs, 34:14, 19-21  
Association nationale de la femme et le droit, position, 39:8-9  
Association nationale des retraités fédéraux, position, 33:4-7  
Calcul, 36:12-3; 38:14; 39:6

## Pensions du Canada, régime (RPC)—Suite

- Prestations de survenant—Suite  
Célibataires, admissibilité, droit à un bénéficiaire, etc., 31:31-2; 34:15-6; 38:12-3; 39:8, 16, 19; 42:25-6  
Comparaison avec d'autres pays, 31:13, 28  
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Prestations de survenant—Divorcés  
Conjoints survivants, 30:17; 33:7; 34:8  
De moins de 35 ans à la date d'entrée en vigueur du nouveau système, 31:5-7, 22; 32:7; 34:7-8; 36:26-7; 39:16  
De moins de 65 ans, 30:9-10, 17-8; 31:4-5, 8; 34:6, 8; 36:20, 22, 26; 38:26-7  
De plus de 65 ans, 30:10-1; 31:4-5; 32:9; 33:17; 34:8; 36:21, 26; 38:14, 26-7  
Deuxième conjoint, situation, 38:14  
Entre 45 et 65 ans, 38:13-4  
Entre 55 et 65 ans, 31:12-3, 15, 24-5; 36:20-1, 26-7  
Limites d'âge, de temps, etc., abolition, 32:5-7, 11, 13; 36:10-2, 20  
N'ayant jamais eu d'enfants, 36:13-4, 16-7  
Crédits accumulés durant le mariage, transfert, 33:13-4; 34:7; 39:6, 16-7  
Discrimination, 42:25-6  
Divorcés, admissibilité, 30:26; 31:9-11, 15-6, 21, 23-4; 39:8, 10-2, 19  
Comparaison avec d'autres pays, 31:16-7, 23-4  
Document de consultation, 31:13-6, 19; 36:7; 39:12-3  
Comité, rapport, rôle, etc., 33:8, 25; 39:9  
Congrès du travail du Canada, position, 36:19  
Conseil consultatif national sur le troisième âge, position, recommandations, etc., 38:4-6, 8  
Conseil consultatif pour le régime de pensions du Canada, recommandations, rapport, etc., 38:16-9, 23  
Conseil national des femmes, position, 36:4-6, 14-5  
Consultations, 30:19; 31:13, 23; 34:5, 10-1; 36:19-22, 24-6; 38:7-8, 19-20; 39:13-4  
Étude, 30:7-35; 31:4-34; 32:4-14; 33:4-21; 34:5-23; 36:4-27; 38:4-28; 39:4-24  
Provinces, rôle. Voir *plutôt* sous le titre *susmentionné* Modifications—Provinces, participation, accord  
Rapport à la Chambre, 44:1-37  
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Personnes au foyer—Comité consultatif  
Enfants à charge de plus de sept ans, diminution progressive, 30:20, 24-6; 31:26-9; 32:9-11; 33:20; 34:7, 12, 16-8; 36:6, 8-12, 22-4; 38:9, 24; 39:9-10  
Âge, limite, modification, coûts, 34:18-9; 36:8-9  
Déclina, enquête, allusion, 34:17  
Droits et libertés, Charte canadienne, respect, 34:21-2  
Enfants ayant droit, 30:11, 18; 31:4, 13, 18-9, 31; 32:8; 34:7-8; 38:27; 39:6, 23  
Statut matrimonial, 30:23  
Étude, groupe de travail, rapport, 30:21  
Femmes, discrimination, 39:5-6, 15-6  
Groupes cibles, 31:29  
Informations, divulgation, 31:14  
Institut professionnel de la Fonction publique du Canada, position, 39:17-8  
L'égalité pour tous, rapport, recommandations, 30:12  
Maintien, garantie, 32:5  
Modifications proposées, description, 31:4-5

- Ottawa, Ont.**  
Charte pour la promotion de la santé. Voir Santé, promotion et prévention  
Écoles, drogues et alcool, usage abusif, lutte, 15:22-3  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, installations locales, liste, 15:24  
Voir aussi Conseil scolaire d'Ottawa
- Outaouais, Qué.**  
Drogues et alcool, usage abusif  
Hommes et femmes, proportion, 15:13  
Information, niveau, 15:7  
Situation, statistiques, etc., 15:4-9, 13-4  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, personnel spécialisé, formation, 15:10
- Pacific Western Airlines.** Voir SIDA—Travail
- PAD.** Voir Parents Against Drugs
- Panica, Norman** (témoin à titre personnel; Conseil de l'abus des drogues)  
Antécédents, formation, etc., 6:4-5  
Drogues, usage abusif, étude, 6:4-16  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:29-35  
Exposé, 6:4-7  
Voir aussi Appendices
- Parents Against Drugs (PAD)**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 20:29-32  
Écoles, appui, 20:41-4  
Collaboration avec d'autres organismes, 20:33  
Évaluation, suivi, etc., 20:44-5  
Free to run, brochure, promotion, athlètes, appui, 20:38-9  
Parents, aide, 20:41-2  
Financement, 20:39-40, 44-6  
Historique, 20:29-30  
Membres, 20:39, 44  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Voir aussi Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Écoles et Stratégie nationale
- Parke, M.** (Université Carleton)  
Drogues, usage abusif, étude, 3:3  
Parlement, employés. Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Sur les lieux du travail  
Parsons, Terry (Central Toronto Youth Services)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:114  
Financement, 43:23  
Voir aussi Condition physique; Famille et mariage—Communication—Médias
- Pauvreté**  
Choix, 17:6-7  
Personnes âgées, veuves, familles monoparentales, etc., situation, 32:4-5; 35:17-8  
Responsabilités personnelles, 37:15  
Statistiques, 32:5  
Voir aussi Enfants; Pensions du Canada, régime—Prestations; Santé, promotion et prévention
- Pavillon Jellinek**  
Financement, 15:10-1

- Pavillon Jellinek—Suite**  
Gouvernement fédéral, relations, 15:9  
Organismes ontariens, contacts, 15:14  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Payne, M. Voir Comité organisateur des Jeux olympiques  
Pearson, Landon (Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse)  
Enfants, pauvreté, 37:4-9, 11-5  
Santé, services et financement, 45:4, 7-9, 14-6  
Peerless Lake. Voir PNLADA—Fonds d'urgence  
Pellier, Sgt. Michel (Gendarmerie royale du Canada)  
Drogues, usage abusif, étude, 7:4-7  
Pénitenciers. Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Formation; Psychologie, services—Accès
- Penner, rapport.** Voir Autochtones—Santé, services—Financement
- Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV)**  
Allocation au conjoint  
Discrimination, 17:33-5  
Participation, statistiques, 17:33-4  
Retraite, âge, modification, répercussions, 16:24; 17:30-3
- Pensions**  
Réforme, historique, 30:8  
Pensions du Canada, régime (RPC)  
Admissibilité, critères, 30:14  
Voir aussi sous le titre susmentionné Prestations de survivant et Prestations d'invalidité  
Agricultrices, admissibilité, 30:14-5; 31:22  
Comité canadien d'action sur le statut de la femme, position, 31:30  
Cotisations, augmentation, 31:8; 33:19-20  
Comparaison avec les années précédentes, 30:24-5  
Établissement, modalités, 30:19, 29  
Voir aussi sous le titre susmentionné Modifications—Coûts
- Droits et libertés**, Charte canadienne, respect, 30:18, 20; 33:12; 34:9  
Voir aussi sous le titre susmentionné Prestations de survivant—Enfants à charge  
Employés domestiques, admissibilité, 30:15  
Femmes, admissibilité  
Arrêt de travail pour l'éducation des enfants, 30:15-6  
Employées dans une entreprise familiale, une entreprise non constituée en société, etc., 30:14-5  
Femmes au foyer. Voir plutôt sous le titre susmentionné Personnes au foyer  
Financement  
Autofinancement, 30:13, 28

- Ontario Federation of Home and School Associations**  
Canadian Home and School and Parent-Teacher Federation, relations, 20:100, 106
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, initiatives, programmes, etc., 20:100-4
- Fonctionnement, 20:100
- McGuire, Norma, mandat, 20:106-7
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Ontario Secondary Schools Principals Council**  
Membres, nombre, 20:67
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Optométrie, services**  
Accès, 51:16, 23
- Déficiences visuelles, dépistage
- Délinquants, 51:17
- Dépistage précoce, cas, ventilation, 51:19-21, 24-6
- Nouveau-Brunswick, programme, 51:16-8, 25
- Parents, sensibilisation, 51:26
- Personnes âgées, 51:18, 23
- Tests, modalités, 51:22
- Écoles, examen des yeux
- Bénévoles, aide, 51:24-5
- Obligatoire à l'inscription, 51:22
- Frais, provinces, remboursement, 51:18-20
- Glaucome, tests, 51:24
- Optométristes, formation, 51:22-3
- Ordonnances. Voir** Médicaments
- Ordre de renvoi**  
Aliments, étiquetage, étude, 53:3
- Comité
- Composition, 30:3
- Député, remplacement, 34:3
- Crédits 1987-1988, Santé nationale et Bien-être social
- Budget principal, 16:3
- Budget supplémentaire (C), 35:3
- Drogues, usage abusif, étude, élargissement, 10:3
- Famille et mariage, importance, communication, programme fédéral-provincial, création, 29:3
- Médicaments, étiquetage, 53:3
- Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:3
- Organisation mondiale de la santé. Voir** Santé
- Organisation nationale anti-pauvreté**  
Mandats, 32:4
- Membres, 32:7
- Représentante, témoignage. *Voir* Témoins
- Orihkov, David** (NPD—Winipeg-Nord)  
CanCare Canada, 10:11
- Drogues, usage abusif, étude, 10:11-2
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 10:11-2
- Recherches médicales, 18:29-31, 40-1
- Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 18:29-31, 40-1
- Ontario Association of Chiefs of Police**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, financement, 20:61
- Gintner, Seftin H., expérience, allusion, 20:59
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Ontario Council of Administrators of Teaching Hospitals**  
Mandat, membres, etc., 52:55
- Ontario—Suite**  
Drogues et alcool, usage abusif
- Alcool, vente, réglementation, modification, 8:18-9; 10:16
- Consommation, baisse, causes, répercussions, etc., 19:109-11
- Jeunes, situation, 19:22, 84-5; 20:24-5, 48
- Population, sensibilisation, 20:116
- Addiction Research Foundation, sondage, 19:95-102, 105-7
- Sortes consommées, tendances, etc., 20:48-50
- Toronto, situation, 11:13-5
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Addiction Research Foundation et Santé nationale et Bien-être social, ministère, collaboration, projet-pilote, etc., 19:59-60, 64-5
- Écoles, prévention, programmes, efficacité, 19:107-9
- Évaluation et orientation, services, financement, importance, etc., 19:19-25
- Lieux du travail, employés, aide, programme, 19:58-9
- Ministère provincial de la Santé, politique, 19:21
- Ministère provincial de l'Éducation, programme, 19:78
- Pharmacists Against Drug Abuse*, programme, projet-pilote, 19:46-7
- Population, appui, participation, etc., 19:9
- Régions éloignées, professionnels, disponibilité, 14:29
- Santé, ministère, politiques, 19:21
- Santé, promotion et prévention, programme, 19:7-8
- Jeunes, groupe-cible, 19:7-8
- Suivi, répercussions, etc., 19:8, 13-4
- Voit aussi sous le titre susmentionné* Autochtones
- Hôpitaux
- Financement, 52:58-9
- Planification, recherche médicale, inclusion, 52:63
- Toronto, services, disponibilité, élargissement, etc., 52:61-4
- Gériatrie, programme, 62:63
- Répertoire central des ressources, chirurgie cardio-vasculaire, cas, 52:60, 63
- Inflation, allusion, 52:13-3
- Médecins spécialistes, pénurie, 52:60
- Santé, services, duplication, 50:34
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, 19:21
- Addiction Research Foundation, groupes d'étude, enquêtes, recommandations, 19:18-9
- Attentes, délais, listes, etc., 19:26
- Aux E.-U., 19:65
- Conseil de la santé des districts, rôle, 19:21
- Désintoxication, services, 19:6, 18-9
- Jeunes, accès, 19:26; 20:113-4
- Planification, 19:19-20
- Recherches, importance, 19:9-10
- Voit aussi* Allergies—Environnement; Ottawa: Santé, services—Services communautaires—Efficacité et Soins à long terme; SIDA—Population, éducation; Toronto



- Nations Unies—Suite**  
Fonds pour la lutte contre l'abus des drogues (FNU/LAD) Contribution fédérale, 9:12-4; 21:31; 27:6-7  
Financement, 21:28-9, 33-4, 38-9  
*Voir aussi* Conseil consultatif national sur le troisième âge
- Native Council of Canada.** *Voir plutôt* Conseil des autochtones du Canada
- Nechi Institute on Alcohol and Drug Education**  
Financement, provenance, 24:19-20  
Mandat, 24:5, 19-20  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Needham, Douglas C.** (Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:7-8, 10-3, 15-22
- Nelson, Anastasia** (Alkali Lake Reserve)  
Antécédents, 23:40  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:40-8, 50, 53
- New Dawn Valley Centre.** *Voir* Saskatchewan—Autochtones—Toxicomanes
- Nicholson, J.D.** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:5-10, 21-2, 26-30, 32-9, 42-3  
Comité, 31:22
- Nicholson, Rob** (PC—Niagara Falls)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 31:23-5, 32; 39:14, 21-3
- Nickson, May** (Conseil national des femmes du Canada)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, 36:4, 6-7, 9-18
- Nielsen, rapport.** *Voir* Autochtones—Santé, services; PNLA/DA
- Non-fumeurs, Loi, projet de loi C-204**  
Allusion, 50:58
- Nonprescription Drugs Manufacturers Association of Canada**  
Initiatives, 40:6  
Médicaments, étiquetage, code, réglementation, 40:18-9 Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Noranda, Qué., mine.** *Voir* Pollution
- Norton, D' Barry** (Canadian Memorial Chiropractic College)  
Santé, services et financement, 43:29, 31-2
- Nouveau-Brunswick**  
Drogues et alcool, usage abusif  
Approvisionnement, facilités, 13:27  
Jeunes, statistiques, 13:20-1, 26  
Régions rurales, 13:25-6  
Situation, statistiques, etc., 13:19, 21  
Drogues et alcool, usage abusif, luité, initiatives, programmes, etc., 13:19  
Comités, création, 13:20, 27  
Évaluation, suivi, etc., 13:20, 27  
Groupes communautaires, participation, 13:20  
Ministères provinciaux, participation, 13:22
- Nouveau-Brunswick—Suite**  
Toxicomanes et alcooliques, traitement  
Aux E.-U., coûts, 13:29-30  
Moyenne d'âge, 13:25  
Services, 13:18-9, 24-5  
*Voir aussi* Opiométrie, services—Déficiences
- Nouveaux-nés de faible poids**  
Données, accès, 45:8  
États-Unis, projet-pilote, 45:11  
Mortalité, taux. *Voir plutôt* Enfants—Mortalité infantile, taux
- Prévention, programmes,** 45:18-9  
Allocations familiales pendant la grossesse, programme, 45:5-6, 8, 10-2; 52:46, 117  
Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, recommandations, 45:8-9  
Médécins, rôle, 45:19-21  
Nouvelle-Écosse, cas, 45:11-2  
Santé, services, coûts, besoins spéciaux, etc., 45:5, 22 Soins pré-nataux, 52:47  
Survie, taux, 45:4-5, 14  
Régions éloignées, 45:12-3
- Nouvelle-Écosse**  
Drogues et alcool, usage abusif  
Répercussions, coûts, etc., 12:6  
Situation, statistiques, etc., 12:5-6, 10-1  
Solvants, usage, 12:9  
Drogues et alcool, usage abusif, luité  
Développement communautaire, citoyens, participation, 12:4-5  
Jeunes, éducation par les pairs, 12:5, 10  
Sensibilisation à la dépendance à l'égard des drogues, programme, 12:7  
Comité, participation, invitation, 12:7  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, programme, 12:5  
*Voir aussi* Nouveaux-nés de faible poids—Prévention; Santé, promotion et prévention—Nutrition
- Nova Scotia Commission on Drug Dependency**  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Drogue, luité—Stratégie
- Nutrition.** *Voir* Enfants; Hôpitaux d'enseignement; Santé, promotion et prévention
- Nutrition, services.** *Voir plutôt* Diététique, services
- Obstacles, rapport**  
Allusion, 37:9-10
- Offord, David,** étude. *Voir* Enfants—Développement
- O'Flaherty, Mike** (Association canadienne de l'industrie du médicament)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:36
- Ontario**  
Autochtones  
Drogues et alcool, usage abusif, luité, financement, 25:19-20  
Premières nations, fonds alloués, 25:39  
Enfance, aide programme, remise des dossiers, 21:17-8  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, centres, besoins, 25:18-20, 33

- Mitchell, Margaret—Suite**  
Rapport à la Chambre, 47:16  
Santé, Loi, 50:51-2  
Santé, promotion et prévention, 45:15-8; 47:26; 50:39; 52:65, 98-9  
Santé, services et financement, 35:15-6; 45:7, 15-9; 47:7-9, 16, 22, 25-7; 50:9-12, 24-7, 35, 38-9, 51-4, 63-5; 51:11, 15-8; 52:64-7, 96-101, 114, 121-2, 124-6, 129, 135-6  
Santé nationale et Bien-être social, budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:8, 12-6, 21, 24-6, 30-2  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 9:23, 36  
Services sociaux, programme, 34:22-3  
SIDA, 50:63  
**Mitges, Gus (PC—Grey—Stimcoe)**  
Assurance-maladie, régimes, 17:21-2  
Pensions du Canada, régime, 17:22  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 17:21-2  
**Montréal, Qué.**  
Drogues et alcool, usage abusif  
Marché local, importance, 11:11  
Police, priorités d'intervention, 11:11-2  
Situation, catégories, etc., 11:8-10  
Traffiquants, types, 11:10-1  
**Moore, Royce (Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada)**  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 38:16-28  
**Moran, D<sup>r</sup> Ed (Association médicale canadienne)**  
Santé, services et financement, 52:98-100, 103-6, 108-10, 112-7, 120  
**Morin, Georges (Maison Fraternelle)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:28-32  
**Mosley, Richard G. (ministère de la Justice)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 27:16-7, 22-4  
**Munro, Donald W. (témoin à titre personnel)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:59-65  
**Mussalem, D<sup>r</sup> Helen (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)**  
Santé, services et financement, 50:20-1, 23-4, 28-38  
**Napke, Ed (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)**  
Formation professionnelle, 40:29  
Médicaments, étiquetage, 40:10-2, 22, 24, 26, 29-30  
**National Native Advisory Council on Alcohol and Drug Abuse. Voir plutôt** Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones  
**National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP). Voir plutôt** Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national (PNLAADA)  
**Nations Unies**  
Convention, 21:31-2, 27:6  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, conférence, Vienne, juin 1987, 16:25-6  
Comité, président, présence, allusion, 27:4  
Délégation canadienne, efficacité, 21:35-6; 27:6-7  
document de consultation, étude, 30:13-6, 22; 31:15, 18, 21-2, 25, 30-2; 34:11-4, 18, 22-3  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, Opiométrie, services, 51:16-8  
Nouveaux-nés de faible poids, 45:18  
Médicaments, étiquetage, 41:19-22; 49:16-8, 30  
Médicaments, 35:12; 41:20-2  
Médecins, 52:64  
Manitoba, 35:31-2  
Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, programme, 35:8  
Femmes, 31:18  
Famille, 34:11  
Ergothérapie, services, 50:9-11  
Enfants, 35:12, 24-6, 31; 45:7, 15-9; 50:63  
Drogues, usage abusif, étude, 9:21-5, 35-6  
Séance d'organisation, 30:5  
Comité, 30:8; 35:21; 47:17, 33; 50:18  
Autochtones, 47:7-9  
Assurance-maladie, régimes, 35:12-5; 50:52-3  
Assistance publique du Canada, Régime, 35:25  
Aliments, étiquetage, 41:19-22; 49:16-8, 30  
Aliments, 49:17-8  
**Mitchell, Margaret (NPD—Vancouver-Est)**  
Médicaments, étiquetage, 40:8, 20-3, 26-9  
Formation professionnelle, 40:29  
social  
**Mitchell, G.A. (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:17-20, 26-7, 31-3, 39-40, 42-3  
**Miskokomon, R.K. (Joe) (Union of Ontario Indians)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:17-20, 26-7, 31-3, 39-40, 42-3  
**Minéraux. Voir** Vitamines  
Santé, services et financement, 52:55-60, 71-2, 76-7, 80, 82-93  
**Mills, Lenore (Association of Canadian Teaching Hospitals)**  
Santé, services et financement, 52:55-60, 71-2, 76-7, 80, 82-93  
SIDA, 2:17  
Drogues, usage abusif, étude, 2:17  
**Milko, Bob (rechercheur pour le Comité)**  
l'alcool et des drogues chez les autochtones  
Autochtones; Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones  
**Métis, indiens non inscrits et hors des réserves. Voir** Autochtones; Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones  
**Méthadone. Voir** Colombie-Britannique—Drogues et alcool, usage abusif; Drogues et alcool, traitement  
et alcooliques, traitement  
**Métabuliphite de sodium. Voir** Médicaments—Allergies  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:67-77  
**Meeks, Donald (Addiction Research Foundation)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:67-77  
Drugs Manufacturers Association of Canada  
**Voire aussi** Aliments et drogues, Réglements; Nonprescription  
Terminologie, 40:17-8, 28  
Réglementation, 41:6  
Rapport à la Chambre, 53:1-16  
Population, opinion, 40:20-1  
49:23, 25  
Pharmacien, médecins, accès, rôle, etc., 40:15-6, 19-20; 41:6; Médicaments nouveaux, 49:23-4  
Médicaments génériques, 49:30  
Médicaments d'ordonnance, 41:6  
**Médicaments, étiquetage—Suite**



- Médecine, facultés—Suite**  
Hôpitaux d'enseignement, relations, 52:51-2, 56-7
- Médecine holistique. Voir plutôt Médecines naturelles**
- Médecines naturelles, services**  
Consultations, 52:156  
Coûts, 52:150  
Efficacité, charlatanerie, etc., 52:156-9  
Financement, 52:153-4  
Augmentation, répercussions sur les autres secteurs, 43:29-30  
Gouvernement fédéral, aide, 43:14-6, 22  
Médecine traditionnelle, approche médicale, comparaison, 52:145-6, 148-9  
Orientation, 52:150-1  
*Voir aussi* Personnes âgées—Vieillessement; Santé, promotion et prévention
- Médecins**  
Conseils, respect, 52:105-6  
Femmes  
Nombre, répercussions, 52:85, 87  
Spécialités, orientation, 52:87  
Formation, 52:52, 68-9, 78, 93, 110  
Programmes d'étude, détermination, 52:69-71  
Université McMaster, cas, 52:69-70  
Santé, promotion et prévention, orientation, 48:12; 52:64-5  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Spécialistes  
Répartition selon les régions et les spécialités, permis provisoires, etc., 52:83-5, 120-2  
Régions éloignées, encouragement, 52:85-7  
Rôle, 52:157  
Spécialistes  
Formation, 52:55  
*Voir aussi* Hôpitaux d'enseignement—Références; Ontario  
*de faible poids—Prévention; Santé, services et Technologie de pointe—Gestion*
- Médicaments**  
Allergies, 40:5-6, 11-2  
Additifs, 40:12  
Consommateurs, responsabilités, 49:32-4  
Epreuves humaines, allusion, 40:10, 13, 22, 26  
Ingrédients non médicaux, 40:19; 49:24  
Méthabulphite de sodium, 40:14  
Placebo, 40:12-3, 23-4, 29-30  
Propylène-glycol, 40:12, 15, 26-7  
Statistiques, 49:36  
Sulphite, 40:14  
Theophilline, 40:14-5  
Approbation et inscription à l'annexe, modalités, 9:34  
Autothérapeutique responsable, définition, accès, 40:16-8  
AZT, accessibilité, 16:15-7  
Composition et réaction différentes selon divers pays, *Adverse Reactions: Some Pitfalls and Postulates*, article, 40:13  
Détoournement, vols, pertes, etc., contrôle, 9:28-9, 32, 36  
Diazepam, cas, 9:37-8  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, Bureau des drogues dangereuses, rôle, activités, etc., 9:28-9
- Médicaments—Suite**  
Distribution, contrôle, 9:32  
En vente libre, approbation, tests, 40:20  
Femmes, consommation, situation, 9:22-3  
*Il is just your nerves*, étude, Fondation de la recherche sur l'accoutumance, 21:35  
Ordonnances, abus, 6:5; 8:10-1, 17-8; 9:6, 20-1, 28-30, 36-7; 11:28-9; 12:13-4; 19:104; 21:34-5; 22:90-1; 24:45; 41:26-7; 50:36  
Collège des médecins, rôle, 9:30-1  
Commission Lowy, étude, 52:109  
Contrôle par les médecins, Alberta, système, 52:90  
Femmes et hommes, comparaison, 52:91  
Médecins et publicité, rôle, influence, 8:16-7; 50:24, 58  
Personnes âgées, 41:20-2; 49:31; 52:89-91, 108-9  
Recherches, 24:45  
*Toronto Star*, article, allusion, 52:108-9  
Personnes âgées  
Financement, programme, 35:12-3  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Ordonnances, abus  
Population, sensibilisation, 8:16; 19:104  
Produits chimiques, toxicité, *Excipients and Additives: Hidden Hazard in Drug Products and in Product Substitution*, article, 40:13  
Réévaluation, nécessité, 41:7  
Substitution par un autre produit, pharmacien, implication, 40:30, 34  
t-PA, utilisation, 52:82  
*Voir aussi* Hôpitaux  
Terme, définition, 40:10  
Trafic, situation, 4:32-3; 20:55-6  
Tylenol, incident, 40:18-9  
*Voir aussi* Aliments et drogues, Réglements; Aliments naturels; Drogues et alcool, usage abusif—Drogues illicites et Jeunes; Sida—Traitement
- Médicaments, étiquetage**  
Association canadienne de l'industrie du médicament, position, 49:24-7  
Autres pays, comparaison, 40:26-8  
Comité consultatif, création, recommandation, 49:27  
Commission Eastman, recommandations, 40:28; 41:20; 49:25, 30  
*Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, accès, 49:23  
Council for the Accreditation of Pharmaceutical Manufacturers Representatives, création, rôle, etc., 49:23  
Délai, 40:14-5  
Efficacité, 41:5-6  
Emballage original, 49:25, 30, 37-8  
En vente libre, particularités, 40:16-7; 41:7  
Etude, 40:5-31; 41:5-31; 49:4-38  
Fabricants, incitations, opposition, etc., 40:22; 41:8  
Formules secrètes, concurrence, 40:24-6  
*Guide for the Labelling of Drugs for Human Use*, publication gouvernementale, 41:7  
Ingrédients, liste, divulgation intégrale, 40:8-9, 13-6, 24, 26-9; 41:6-8, 20-1; 49:26-7, 36-7  
Consommateurs, accès, 49:27-30  
Non médicaux, risques, 49:24-5  
Par ordonnance, 49:26, 30, 34-6  
Justification, 40:11-3, 15, 22; 49:31-4  
Lettre d'information 733, document, proposition, 40:8, 18



- McCrossan, W. Paul—Suite**  
Université de Toronto, 20:98-9
- McCurdy, Howard—Suite**  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 16:19-22
- SIDA, 16:35
- Saskatchewan, 7:34-8
- Solomon, Robert, 26:13-4
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, 4:12-3; 7:10-2; 14:22, 22-4; 31:16:17-9; 22:52
- Victoria Life Enrichment Society, 22:99-100
- Vitamines et minéraux, 1:25-6
- McDonald, Lynn (NPD)—Broadview—Greenwood**  
Eau potable, 42:9-12
- Enfants, 42:22-3, 33-4
- Famille, 42:24
- Planification familiale, 42:12-3
- Pornographie, 42:23-4
- Santé nationale et bien-être social, budget principal 1988-1989, 42:9-13, 22-7, 31-4
- McDonald, restaurants.** Voir Aliments, étiquetage—États-Unis, légitimation et Restaurants, responsabilités—Restaurants-minute
- McGuire, Norma (Ontario Federation of Home and School Associations)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:99-109
- Voir aussi* Ontario Federation of Home and School Associations
- McIntyre, Joseph E. (Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 13:18-30
- McKerracher, D'Finlay (Association of Canadian Teaching Hospitals)**  
Santé, services et financement, 52:52-5; 64-5, 67-9, 72-4, 77-81, 83, 86, 89-91, 93
- McKissock, W.C. (ministère du Revenu national, Douanes et accises, division)**  
Drogues, usage abusif, étude, 6:16-32
- McLaughlin, Audrey (NPD—Yukon)**  
Enfants, pauvreté, 37:11-2, 18-9, 22-3
- Santé, services, 37:11-2
- McMillan, D' Colin (Association médicale canadienne)**  
Santé, services et financement, 52:97-105, 111-2, 115, 119, 121-2
- McNaughton, Garth (rechercheur pour le Comité)**  
Drogues
- Et alcool, usage abusif, étude, 11:34; 19:40-1; 20:46
- Usage abusif, étude, 4:32; 7:39-41; 9:11; 10:18-9
- Voir aussi* Comité—Rechercheur—Remplacement
- Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Hôpital royal d'Ottawa)**  
Accueil, capacité, 4:25
- Activités, services, etc., 4:5-6
- Clientèle, nombre, répartition, etc., 4:5-6, 8, 23, 26
- Fonctionnement, fonds alloués, 4:9
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Médecine, facultés**  
Accréditation, système, 52:51-2
- McCurd, Howard**  
1987-1988, 16:17-22, 32-3, 35-6
- Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 16:17-22, 32-3, 35-6
- Procédure et Règlement, 16:33
- PNLAADA, 21:12-6; 24:23; 25:33-4, 42-4
- Pensions du Canada, régime, 16:20
- Ontario, 8:18-9; 10:16
- Nations Unies, 21:35-6
- Napke, Ed, 40:29
- Mitchell, G.A., 40:29
- Médicaments, étiquetage, 40:9; 26-31
- Médicaments, 40:9; 26-30
- 24:29-32; 26:18-20; 27:23-8, 33-4
- 102-3, 108-10; 23:17-9, 30-2, 74-6, 96-7, 109-12, 117;
- 12:22-3; 14:21, 31; 21:36-7; 22:13-6, 26, 37-8, 47-8, 61-5, 79-10, 24; 8:17; 11:27-8;
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 7:9-10, 24; 8:17; 11:27-8;
- 27:23-8, 33-4
- 24:20-4, 29-32; 25:28-33, 41; 26:13-5, 18-21;
- 23:17-9, 30-2, 44-6, 50-1, 72-6, 96-7, 109-12, 117;
- 37-8, 47-8, 52, 61-5, 71-4, 84-5, 89-92, 94, 99-103, 108-10;
- 14:19-24, 31; 21:12-6, 24-6, 35-8; 22:13-6, 23-6, 28-9,
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:21-2, 26-8; 12:22-3;
- 8:16-9, 25, 31-3
- Drogues, usage abusif, étude, 4:10-4, 20-2; 7:9-14, 16, 24, 34-9;
- Séance d'organisation, 1:7-11
- Comité, 16:17; 22:13; 23:58-9
- Colombie-Britannique, 22:13, 23-4, 29, 74; 23:74
- with Children and Youth, 2:71-3
- Breakthrough Productions, Society for Exploring Television
- 25:28-32, 42
- Autochtones, 21:8-9, 14, 21-2, 24-6; 23:44, 49; 24:20-2;
- Alkali Lake, réserve indienne, 23:44-5
- Aliments naturels, industrie, étude, 1:24-7
- Aliments naturels, 1:24-5, 27
- Aliments et drogues, Règlements, modification, 40:9, 30
- Alcoolisme, 8:19, 31-3; 22:13-6, 84-5, 89, 91-2
- Alberta, 24:29
- McCurdy, Howard (NPD—Windsor—Walkerville)**  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 22:93; 27:19-20
- Réserves indiennes, 24:15-7
- Foundmakers Lodge, 24:64
- Personnes âgées, 51:12
- Optimisme, services, 51:22
- Grantham, D' Peter, 23:109
- 94-5; 24:44-5; 27:19
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 22:53-8, 106-7; 23:37,
- 109, 114-5; 24:14-7, 32-4, 44-5, 49-50, 54-5, 64; 27:19-20
- 69-71, 92-3, 106-7; 23:16, 22, 34-5, 42-3, 61, 66-8, 93-5, 97,
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:8, 16-7, 28, 39, 53-8,
- Colombie-Britannique, 22:8, 16-7
- Cancer, 23:66
- with Children and Youth, 22:69-71; 23:22
- Breakthrough Productions, Society for Exploring Television
- Autochtones, 23:67-8
- Alkali Lake, réserve indienne, 23:42-3; 24:14-5
- Alcoolisme, 23:34; 24:32-4
- Aharan, C.H., 22:39
- McCush, Lorne (PC—Prince George—Bulkley Valley)**  
Voir aussi Allergies—Environnement, pollution
- Université de Toronto, 20:98-9

- MacDonald, Bruce** (Institut canadien des actuaires)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, étude, 33:12-20
- MacFadden, Josephine** (Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:18-28, 30-1, 33-40
- Maclean's, sondage.** *Voir* Famille et mariage, importance
- Mais.** *Voir* Médicaments—Allergies
- Maison Fraternelle**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, initiatives, programmes, etc., 14:25-6, 30
- Historique, 14:25**  
Personnel, formation, bilinguisme, etc., 14:29-30
- Région desservie, 14:30**  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Services, étendue, améliorations, etc., 14:26-8**  
*Voir aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Maladies iatrogènes**  
Répercussions, 43:20
- Maladies pulmonaires.** *Voir* Pollution
- Mangham, Colin** (Alcohol-Drug Education Service)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:82-3
- Manitoba**  
Autoctones, Enfance, aide, programme, entente, 27:11-3, 21-2; 35:31-2
- Responsabilité, compétence, 35:32**  
Santé nationale et Bien-être social, ministre, rencontre avec Southeast Child and Family Services, allusion, 27:21
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, initiatives, programmes, etc., 19:53-4**  
*Voir aussi* Autoctones—Santé, services; Santé, services—Financement—Provinces
- Mantha, Moe** (PC—Nipissing)  
Aliments naturels, 1:29-30
- Aliments naturels, industrie, étude, 1:29-31**  
Colombie-Britannique, 13:14-5
- Comité, 3:32-3; 6:20; 11:15**  
Séance d'organisation, 1:9-10
- Drogues, usage abusif, étude, 3:3, 28-30, 32; 4:8-10, 19-20; 6:11-2, 20; 8:14-6; 10:12-3**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:19-20, 26-7; 13:14-6, 27-9
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 3:28-30, 32; 6:11-2; 8:14-6; 10:12-3; 11:19, 26-7; 13:27-9**  
Nouveau-Brunswick, 13:27
- SIDA, 5:23**  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 4:9-10; 13:14-5
- Marcoux, D' Henri L.** (témoin à titre personnel)  
Mémoire, erreur, allusion, 52:144
- Santé, services et financement, 52:143-61**  
*Voir aussi* Santé, services
- Mariage.** *Voir* Famille et mariage
- Marjuana.** *Voir* Alcoolisme—Effets; Drogues et alcool, usage abusif
- Marshallman, D' Joan** (Addiction Research Foundation)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:5-17
- Martin, Garth** (Addiction Research Foundation)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:29-41
- Martin, Jean-Claude** (Association des hôpitaux du Canada)  
Santé, services et financement, 46:4, 8-9, 13-7
- Mathews, D' Charlotte** (Conseil consultatif national sur le troisième âge)  
Santé, services et financement, 51:4-13
- Mayo, Louise** (National Native Advisory Council on Alcohol and Drug Abuse)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:11-4, 20-2, 24-5, 30-35-6, 41-4, 46
- McCormick, Christopher** (Conseil des autochtones du Canada)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 21:5-15, 17-27
- McCrossan, W. Paul** (PC—York-Scarborough)  
Alcoolisme, 9:17-8; 20:12-3, 71-2; 22:11, 85, 95, 103-6; 23:14-15  
Allergies, 48:18-9
- Breathrough Productions.** Society for Exploring Television with Children and Youth, 22:75-6
- Canadian Institute for Guardianship, 20:98**  
Central Toronto Youth Services, 20:112
- Colombie-Britannique, 22:10-2, 26**  
Comité, 48:24; 52:64
- Séance d'organisation, 30:6-7**  
Condition physique, 18:17
- Diététique, services, 52:45**  
Drogues, usage abusif, étude, 9:16-8, 26-7, 29-31
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:10-3, 22-4, 35, 42-5; 34-6, 48-9, 52-3, 62, 64-5, 75-6, 80-1, 85-9, 95, 103-5; 23:12-14, 35-7, 46-8, 56-8**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 9:17, 35; 20:22, 35, 62, 67, 71-2, 83-6, 104-5; 22:34-5, 48-9, 52-3, 62, 64-5, 88; 23:12, 35-7
- Hôpitaux, 52:75-7, 80-1**  
Hôpitaux d'enseignement, 52:79
- Jeux olympiques d'hiver, XVèmes, 18:14-7**  
Médicaments, 52:82, 108-9
- Nouveaux-nés de faible poids, 45:22; 52:45-6**  
Ontario, 52:131-4
- Opioïdité, services, 51:18-9**  
Parents Against Drugs, 20:42-5
- Pensions du Canada, régime, 42:14**  
Prestations de survivants, document de consultation, étude, 32:9-13
- Psychologie, services, 52:30-1**  
Recherches médicales, 18:33-5
- Santé, services et financement, 45:22; 48:18-20, 51:10, 18-20; 52:27-8, 33, 45-7, 64, 74-82, 92-3, 103, 106, 108-10, 112, 127, 130-5**  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1988-1989, 42:14-7, 26-9
- 1987-1988, 18:14-7, 33-5**  
SIDA, 42:15-7, 27-9
- Santé nationale et Bien-être social, ministère, 9:17-8, 36**  
SIDA, 42:15-7, 27-9

- Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, Calgary...**—*Suite*  
Programme, activités, fonds alloués, etc., 16:10; 35:7; 42:8-9  
Répercussions économiques, 18:7
- Lock, Richard** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 25:11, 22-4, 30, 33-6, 38, 43
- Johnson, rapport.** *Voir* Assurance-maladie, régimes—Fonds alloués
- Johnston-Doyle, K.** (ministère du Solliciteur général)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 27:30
- Jones, Jean** (Association des consommateurs du Canada)  
Santé, services et financement, 50:42-3, 47-8, 51-2, 54
- Jones-Farrow, Hilary** (Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:67-9, 71, 74-6
- Just Say No, programme.** *Voir* Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Justice, ministère**  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Kaiser Substance Abuse Foundation**  
Historique, 23:11-2
- Représentant, témoignage. Voir** Témoins
- Kalant, D' H.** (Université de Toronto)  
Drogues, usage abusif, étude, 8:5-10, 14-23, 25-7, 29-35
- Kanawake. Voir** PNLADA—Recherche-développement
- Keans, Brian** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 12:20-1, 24-5
- Kern, Ann** (ministère de la Santé, gouvernement de l'Australie)  
Drogues, usage abusif, étude, 2:4-25
- SIDA, 2:4-25**
- Kindercare, E.-U. Voir** Enfants—Garderies
- Kirkaldy-Willis, étude.** *Voir* Dos, douleurs chroniques
- Kirpiani, D' Hareesh** (Groupe de la réforme médicale de l'Ontario)  
Santé, services et financement, 50:60-1, 66, 68-9, 71
- Kitchen, Brigitte** (Child Poverty Action Group)  
Enfants, pauvreté, 37:19, 22-5
- Kootnekoff, Jon-Lee** (Horizon Institute)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:51-3
- Kubiski, rapport. Voir** Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif—Situation
- La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, document.** *Voir* Santé, promotion et prévention
- Lac Lubicon. Voir** Bande du Lac Lubicon
- Lac Meech, accord.** *Voir* pluri Constitution, entente du lac Meech
- Laframboise, R.-M.** (ministère de la Santé nationale et du bien-être social)  
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1988-1989, 42:32
- Lalonde-Laframboise, rapport.** *Voir* Santé, promotion et prévention
- Lambert, Gérard** (Association canadienne des optométristes)  
Santé, services et financement, 51:13-4
- Lark Harbour, T.-N. Voir Santé, services—Services communautaires—Infirmières**
- Law, M.M.** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1987-1988, 17:21-2
- 1988-1989, 42:16-7**
- Lea, Peter A.** (CanCare Canada)  
Drogues, usage abusif, étude, 10:5-12, 14, 16-9
- Légalité pour tous, rapport. Voir** Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant
- Les drogues: faits et méfaits, brochure.** *Voir* Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Les enfants pauvres, rapport. Voir** Enfants—Pauvreté
- Lesick, William G.** (PC—Edmonton-Est)  
Action communautaire contre la drogue et l'alcool, 15:39
- Comité, 11:29**
- Conseil de recherches médicales, 18:36-8**
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:7, 17-8, 32, 12:10-1, 15:14-6, 37-8**
- Jeu olympiques, 18:18**
- Nouvelle-Ecosse, 12:10**
- Santé nationale et bien-être social, budget principal 1987-1988, 18:18-9, 36-8**
- Sports, 18:19**
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, 15:15**
- Libre-échange, accord. Voir** Eau potable—Grands Lacs, purification, programme; Enfants—Garderies; Femmes—Emplois; Pensions du Canada, régime; Santé, services; Services sociaux, programme
- Liston, D' A.J.** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 41:12, 18, 20, 23, 28-9
- Aliments naturels, industrie, étude, 1:13-33**
- Santé, services et financement, 52:137-9, 142-3**
- Santé nationale et bien-être social**
- Budget principal**
- 1987-1988, 16:15-7; 17:8-11**
- 1988-1989, 42:11-2, 17, 33**
- Budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:19, 27-8**
- Lowery, Grant** (Central Toronto Youth Services)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:109-17
- Maasland, D.E.L.** (ministère de la Santé nationale et du bien-être social)  
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1987-1988, 16:20-2



- Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada—Suite**  
Représentantes, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Santé, services communautaires
- Institut canadien des actuaires**  
Membres, 33:11
- Institut professionnel de la Fonction publique du Canada**  
Composition, 39:17  
Conseil consultatif pour le Régime de pension du Canada, rapport minoritaire, approbation, 39:17  
Présidente, réélection, allusion, 39:19  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant
- Institut Rideauwood**  
Financement, 14:14-5  
Mandat, 14:9  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
survivant
- Isnana, chef Melvin** (Federation of Saskatchewan Indian Nations)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 24:57-8  
*It is just your nerves, étude*. *Voir* Médicaments
- Jackson, Ray**. *Voir* Santé, promotion et prévention
- James, D' Robert** (Groupe de la réforme médicale de l'Ontario)  
Pratique privée, 50:65  
Santé, services et financement, 50:56-61, 63-8  
**Jansen, John** (témoin à titre personnel)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:5-17
- Je tourne ma tête, programme**. *Voir* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie nationale
- Jelinek, hon. Otto** (PC—Halton; ministre d'Etat, Condition physique et Sport amateur)  
Comité, ministre, comparaison, 18:27  
Comité organisateur des jeux olympiques, Payne, M., nomination, approbation, 19:10  
Condition physique  
En milieu de travail, promotion, 18:6  
*Participation*, programme, gouvernement fédéral, application à ses employés, 18:17  
Programmes, promotion et expansion, 18:6  
Condition physique et Sport amateur, ministre  
Langues officielles, programme, 18:7  
Mandat, 18:4-5  
Ministre, 18:22-3  
Jeux nordiques de 1993  
Financement, subventions fédérales, 18:24-5  
Thunder Bay, Ont., candidature et financement, appui, 18:24-5
- Jeux olympiques**  
Athlètes canadiens, performance, Allemagne de l'Est, comparaison, 18:18-9  
Drogues  
Dépistage, tests, 18:14-7  
Dopage sanguin, autorisation, dépistage, etc., 18:15-6  
Oxygène pur, utilisation pendant les épreuves d'endurance, autorisation, 18:16, 18  
Sanctions, 18:15, 17  
Initiatives internationales, 18:14  
Promotion, *Célébration 88*, programme, 18:7  
Séoul, Sylvie Fréchette, entraînement, contrat, stipulations, 18:19-20  
Villes hôtes, organisation, processus, politique, 18:13-4  
**Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, Calgary, Alb., 1988**  
Billets, répartition, COJO, erreur, 18:8-9, 12  
Boycottage, Bande du Lac Lubicon, cas, 35:8-9  
Bureau. *Voir plus tôt* Bureau des Jeux olympiques d'hiver, 1988  
Comité olympique international, limousines, services, 18:9, 13  
Financement, modalités  
Fonds de dotation, création, rôle, etc., 18:6, 11, 13  
Gouvernement, frais, recouvrement, 18:26-7  
Vente des pièces olympiques, 16:25  
Installations, construction, 18:7  
Organisation, COJO, rôle, 18:12-4  
Parc Olympique Canada, propriété, 42:8-9
- Jeux olympiques—Suite**  
Jelinek, hon. Otto—Suite  
Jeux olympiques—Suite  
Séoul, Sylvie Fréchette, entraînement, contrat, stipulations, 18:20  
Villes hôtes, organisation, processus, 18:14  
Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, Calgary, Alb., Billets, répartition, 18:8-9, 12  
Comité olympique international, limousines, services, 18:9-10  
Financement, modalités, 18:26-7  
Fonds de dotation, création, rôle, etc., 18:6, 13  
Installations, construction, 18:7  
Organisation, COJO, rôle, 18:12-4  
Représentations économiques, 18:7  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 18:4-10, 12-27  
Sports  
Associations sportives nationales, directives, respect, 18:19-21  
Centre national de formation pour le saut à ski, Thunder Bay, Ont., installations, 18:25-6  
Drogues interdites, liste, 18:19  
Femmes, participation, encouragement, 18:5  
Financement, 18:5-6  
*Hommage aux champions*, programme, 18:5  
Politique internationale, instauration, 18:6  
Rôle, 18:7-8  
Violence, 18:5, 21
- Jeux nordiques de 1993**  
Subventions fédérales, 18:24-5  
Thunder Bay, Ont., candidature et financement, appui, 18:24-5
- Jeux olympiques**  
Athlètes canadiens, performance, Allemagne de l'Est, comparaison, 18:18-9  
Drogues  
Dépistage, tests, 18:14-7  
Dopage sanguin, autorisation, dépistage, etc., 18:15-6  
Oxygène pur, utilisation pendant les épreuves d'endurance, autorisation, 18:16, 18  
Sanctions, 18:15, 17  
Initiatives internationales, 18:14  
Promotion, *Célébration 88*, programme, 18:7  
Séoul, Sylvie Fréchette, entraînement, contrat, stipulations, 18:19-20  
Villes hôtes, organisation, processus, politique, 18:13-4  
**Jeux olympiques d'hiver, XVIèmes, Calgary, Alb., 1988**  
Billets, répartition, COJO, erreur, 18:8-9, 12  
Boycottage, Bande du Lac Lubicon, cas, 35:8-9  
Bureau. *Voir plus tôt* Bureau des Jeux olympiques d'hiver, 1988  
Comité olympique international, limousines, services, 18:9, 13  
Financement, modalités  
Fonds de dotation, création, rôle, etc., 18:6, 11, 13  
Gouvernement, frais, recouvrement, 18:26-7  
Vente des pièces olympiques, 16:25  
Installations, construction, 18:7  
Organisation, COJO, rôle, 18:12-4  
Parc Olympique Canada, propriété, 42:8-9

- Haliday, Bruce—Suite**  
Santé, promotion et prévention, 46:12-3  
Santé, services et financement, 43:23; 46:12-3, 20, 24-5;  
50:17-8, 31-5, 37-8, 65; 52:19, 34-5, 44, 47-9, 101,  
118-9, 141-3, 155, 161  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
1987-1988, 17:23-4  
1988-1989, 42:26  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 1:32; 9:26;  
24:48  
Saskatchewan, 24:55-6  
School for Addiction Studies, 19:77  
SIDA, 2:16, 23-4; 5:27-8, 31  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 4:24-6; 19:26-7; 20:21;  
24:47
- Hamelin, Charles (PC—Charlevoix)**  
Constitution, entente du lac Meech, 17:31  
Pension de la sécurité de la vieillesse, 17:30-3  
Santé, services, 17:16-20  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
1987-1988, 17:16-20, 31-3  
Hamilton, Elizabeth (Association canadienne des diététistes)  
Santé, services et financement, 52:37-43, 45, 48  
**Handicapés et invalides**  
Ateliers protégés. *Voir plus tôt sous le titre susmentionné*  
Réadaptation, centres  
Désinstitutionnalisation, anciens combattants, autonomie,  
programme, comparaison, 17:15-6  
Réadaptation, centres, étude, rapport, disponibilité, 17:30-1  
**Hardy, Elliott (PC—Kent)**  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:34-7  
**Harrison, Michael (Concili on Drug Abuse)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:46-50, 52-5  
**Heap, Dan (NPD—Spadina)**  
Allergies, 48:20-1  
Drogues, usage abusif, étude, 2:15-6, 23  
Santé, services et financement, 48:12, 20-1  
SIDA, 2:15-6, 23  
**Heaton, Don H. (Gendarmerie royale du Canada)**  
Drogues, usage abusif, étude, 3:15-22, 24-5, 27-8, 31-2  
**Hendrickson, Marvin (Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan)**  
Santé, services et financement, 47:11-4  
**Héroïne. Voir Drogues**  
**Hickman, Roy (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)**  
Santé, services et financement, 52:140-1  
**Hockley, Doug (British Columbia Telephone Company)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:86-101  
**Hodgson, Maggie (Nechi Institute on Alcohol and Drug Education)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 24:5-24  
**Homage aux champions, programme. Voir Sports**  
**Hôpital royal d'Ottawa. Voir Meadow Creek Addiction Treatment Centre**
- Hôpitaux**  
Exploitation, coûts, 46:17; 47:22-3  
Financement, États-Unis, comparaison, 52:59-60, 88  
Salt Lake City, étude, 52:60, 92  
Listes d'attente, 52:57-8  
Normes minimales, universalité, etc., respect, 52:75-8  
Médicaments nouveaux, disponibilité, normes, 52:80-1  
Tagamet, 52:80-1  
1-PA, 52:81-2  
Services, accès, 52:61  
*Voir aussi Hôpitaux d'enseignement; Ontario; Personnes âgées—Santé, services; Santé, promotion et prévention; Santé, services—Services communautaires—Promotion et Système*  
**Hôpitaux d'enseignement**  
Financement, 52:53  
À même une réserve générale, 52:80  
De base, 52:79-80  
Nutrition, enseignement, 52:153  
Références à un médecin spécialiste, 52:54  
Sous-spécialisation, promotion, 52:54-5  
*Voir aussi Médecine, facultés*  
**Horizon Institute**  
Représentant, témoignage. *Voir Témoins*  
**Horne, Bob (PC—Mississauga Nord)**  
Enfants, 31:29  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 31:25-30  
**Hospital Council of Metro Toronto**  
Représentant, témoignage. *Voir Témoins*  
Rôle, 52:60  
**Hovey, Lawrence (Association canadienne des chefs de police)**  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:12-6, 19-20, 22-3, 25, 27-9, 33-6  
**Hughes, Debbie (Organisation nationale anti-pauvreté)**  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, étude, 32:4-14  
**Images Unltd.**  
Représentants, témoignages. *Voir Témoins*  
*Voir aussi Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions*  
**Immigrants. Voir SIDA**  
**Immigration**  
Entrée conditionnelle, critères, 5:25-6  
**In vitro. Voir Recherches médicales—Organes, croissance**  
**Indiens, Loi. Voir Autochtones—Métis et Santé, services**  
**Indiens non inscrits et hors des réserves. Voir Métis**  
**Infirmières, services**  
Coûts, 52:7  
Pénurie, 46:9-10; 52:12-5  
**Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada**  
Composition, services, etc., 50:21, 23

- Haglund, Rodney** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:8-25, 27-34
- Hall, Phil** (Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones)  
Antécédents, 23:49  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:49-51
- Halliday, Bruce** (PC—Oxford; président)  
Acides aminés, 1:31  
Alcoolisme, 20:20-1  
Aliments naturels, 41:16-7, 19, 24, 28-9, 49:38  
Aliments naturels, 1:31-3  
Aliments naturels, industrie, étude, 1:31-3  
Alkali Lake, réserve indienne, 23:44, 49-50  
Allergies, 52:142-3  
Assurance-maladie, régimes, 52:34  
Autochtones, 21:21, 22:77, 23:40-1, 68  
Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth, 22:75  
Clark, Stewart, 24:39  
Colombie-Britannique, 13:17, 22:8, 12-3, 77  
Condition des personnes handicapées, Comité, 38:12  
Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada, 38:19  
Conseil de recherches médicales, 17:23  
Conseil scolaire d'Ottawa, 19:92-3  
Council on Drug Abuse, 19:56  
Drogues, usage abusif, étude, 2:16, 23-4, 3:3, 4:24-6, 6:14-5, 21, 28, 30; 7:26, 8:30, 9:26, 36-7  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 12:20-1, 13:16-7, 15:16-7, 40; 19:15-7, 24-9, 38-9, 55-6, 64, 74-7, 87, 92-4, 105-6, 116; 20:20-1, 44-6, 72-3, 78-9, 91, 109-10; 21:21, 22:8, 12-3, 65, 75, 77-8, 80; 23:29, 40-1, 44, 49, 68, 70, 83-4, 24:14-5, 37-8, 46-9, 55-6, 58-9, 65; 25:33-4, 43; 26:16-7  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 6:14; 7:26; 8:30-1; 12:20-1; 15:16-7, 40; 19:15, 27, 38-9, 55-6, 74-5, 116; 20:20, 72-3, 78-9, 109; 23:19-20, 29, 70, 84, 100; 24:11-2, 37-8, 46-9  
Election à titre de président, 1:5; 30:5  
Enfants, pauvreté, 37:25  
Ergothérapie, services, 50:17  
Famille et mariage, importance, 29:5, 16  
Gouvernement fédéral, 20:91  
GRC, 7:26  
Kaiser Substance Abuse Foundation, 23:11-2  
Meadow Creek Addiction Treatment Centre, 4:25  
Médicaments, étiquetage, 41:16-7, 19, 24, 28-9  
Observables, rapport, 37:11  
Ontario, 19:24-5, 64-5, 75, 105-6; 50:34  
Parents Against Drugs, 20:44-6  
Participation, programme, 43:23  
Pensions de retraite, Loi de 1986 (modification), projet de loi C-33, 33:11  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:30-1, 33-5; 31:33; 39:14  
PNLAADA, 22:77-8; 25:34, 46  
Pollution, 52:141-2  
Poundmakers Lodge, 24:65
- Graham, D' Douglas** (Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace; British Columbia Medical Association)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:47, 49-50, 104-6, 110-1
- Graham, Gail** (Conseil des autochtones du Canada)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 21:7-8, 17
- Grands Lacs. Voir** Eau potable; Pollution—Santé, protection
- Grantham, D' Peter** (Université de la Colombie-Britannique, Unité de pratique familiale)  
Antécédents, 23:101, 109  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:101-17
- GRC. Voir** Gendarmerie royale du Canada
- Greater Victoria Hospital Society. Voir** Alcoolisme—Répercussions
- Green, Ian. Voir** Santé nationale et Bien-être social, ministère—Sous-ministre
- Greenstein, Howard** (Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission)  
Drogues, usage abusif, étude, 7:27-41
- Grondin, Gilles** (L—Saint-Maurice)  
Action communautaire contre la drogue et l'alcool, 15:34, 36  
Addiction Research Foundation, 19:22, 36-7, 71  
Alcoolisme, 19:91, 22:9, 107-8  
Autochtones, 23:14-5; 24:64-5; 25:38-9  
Breakthrough Productions, Society for Exploring Television with Children and Youth, 22:74  
Colombie-Britannique, 22:9, 22-3, 74; 23:37-8  
Conseil scolaire d'Ottawa, 19:90-2  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:8-11, 17-8, 34-6; 19:13-4, 22, 38-9, 63-4, 71, 90-2, 101-2, 116; 22:9, 22-3, 40-1, 74, 94, 107-8; 23:14-5, 37-8, 68, 70, 81-2, 100, 115; 24:18-9, 35-6, 45, 55, 57, 64-5; 25:20-2, 37-9; 26:7-10  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 15:11; 19:14, 28, 51-2, 63, 71, 91-2, 102, 22:41, 94, 107-8; 23:68, 70, 81-2, 101; 24:18, 35-6; 25:21-2, 39; 26:7-10  
Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria, 22:94
- Groves, Bob** (Conseil des autochtones du Canada)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 21:14-7, 22
- Guide for the Labelling of Drugs for Human Use. Voir** Médicaments, étiquetage
- Gunner, D' S.W.** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Aliments, étiquetage, 41:14-5, 17-8, 25, 28
- Groupe de la réforme médicale de l'Ontario**  
Membres, mandat, etc., 50:57  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Voir aussi Enfants—Pauvreté; Santé, services; SIDA



- FNULAD**, Voir Nations Unies—Fonds pour la lutte contre l'abus des drogues
- Focus on Future**, programme. Voir Santé, promotion et prévention
- Fonction publique**. Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lieux du travail
- Fondation canadienne des toxicomanies**  
Rôle, activités, etc., 10:14-5
- Fondation canadienne pour l'écologie humaine**. Voir Santé, services
- Fondation de la recherche sur l'accoutumance**. Voir Médicaments—*Il is just*
- Fonds de recherches sur la toxicomanie**. Voir *plus tôt* Addiction Research Foundation
- Forces armées, membres**. Voir Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lieux du travail
- Fortier, Pierre** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 30:7-8, 10, 14-6, 20-8, 30, 32-5
- Fraleigh, Sid** (PC—Lambton—Middlesex)  
Comité, séance d'organisation, 30:5, 8
- Fréchette, Sylvie**. Voir Jeux olympiques—Séoul
- Free to run, brochure**. Voir Parents Against Drugs—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Freiler, Christa** (Child Poverty Action Group)  
Enfants, pauvreté, 37:21, 23-4
- Freiz, Givre** (PC—Érie)  
Association de l'information des allergies, 40:23  
Médicaments, 40:23-5  
Médicaments, étiquetage, 40:23-5
- Fritch, hon. Douglas C.** (L—Sudbury)  
Comité, séance d'organisation, 1:5-6, 8, 11-2  
Drogues, usage abusif, étude, 3:3
- Future Wave**. Voir Breakthrough Productions—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Gagnon, Paul** (PC—Calgary-Nord)  
Comité, 12:23-4  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 12:14, 24  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 12:24
- Gallup, sondage**. Voir Diététique, services
- Gamble, Paul** (Hospital Council of Metro Toronto)  
Santé, services et financement, 52:60-4, 81-2
- Garcia, John** (Parents Against Drugs)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:36-8, 45-6
- Garderies**. Voir Enfants
- Gauthier, Jean-Robert** (L—Ottawa—Vanier)  
Santé, promotion et prévention, 43:28-9  
Santé, services et financement, 43:25-9
- Geehe, D' A.** (Association médicale canadienne)  
Santé, services et financement, 52:101-2, 106-7, 113, 117-8
- Gendarmerie royale du Canada (GRC)**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 3:18, 30  
Budget, emplois, etc., 3:6; 7:17  
Ligue nationale de hockey et ligue nationale de football, coopération, 3:18  
Sensibilisation et éducation, programme, 7:4-9, 20; 22:18  
Athlètes, rôle, 7:6-7  
Efficacité, contrôle, 7:26-7  
Groupes cibles, 7:5-7, 19  
Historique, 3:6, 15  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Éducation et Lieux du travail
- Gilbert, Karen** (Association canadienne de l'industrie du médicament)  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:32-5
- Gilbert, David** (Colombie-Britannique, Santé, ministère, Alcohol and Drugs Program)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 13:4-17, 28; 22:111-2
- Gill, Thelma** (Association canadienne des ergothérapeutes)  
Santé, services et financement, 50:5-20
- Ginther, Setrin H.** (Ontario Association of Chiefs of Police)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:47-62  
Voir aussi Ontario Association of Chiefs of Police
- Gitelman, Joan** (Parents Against Drugs)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:29-33, 39-44
- Glover, Ludmyla** (Images UnLtd)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:50, 58-9
- Glynn, D' Peter** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Drogues, usage abusif, étude, 9:4-15, 17, 19-27
- Goodstadt, Michael** (Addiction Research Foundation)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:95-111
- Gormley, John** (PC—The Battlefords—Meadow Lake)  
Drogues, usage abusif, étude, 2:13-5, 17-8  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 2:17-8  
SIDA, 2:13-5, 17-8
- Gotselling, Bill** (PC—Moose Jaw)  
Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada, 38:24-6  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 34:15-6; 38:10-3, 24-6
- Gouvernement fédéral**  
Crédibilité, allusions, 20:93-4, 97, 99  
Déficit, allusion, 20:91  
Voir aussi Autochtones—Santé, services; Banques alimentaires; Conduite en état d'ébriété; Dos, douleurs chroniques—Prévention; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Éducation et Sur les lieux; Médicaments naturels; Pavillon Jellinek; Saskatchewan—Autochtones—Toxicomanes
- Graham, Bill** (CanCare Canada)  
Drogues, usage abusif, étude, 10:8-19

- Famille—Suite**  
Violence—Suite  
Publicité contre, 29:20  
Voir aussi Désinstitutionnalisation
- Famille et mariage, importance**  
Communication, programme fédéral-provincial, création  
Comité, compétence, 29:5, 16  
Etude, 29:5-21  
Médias, rôle, campagne multimédias, etc., 29:19-21  
*Participation*, comparaison, 29:21  
Objectifs, 29:9-10  
Rapport à la Chambre, 41:3  
Réseaux de télévision, consultation, collaboration, etc., 29:15-6  
Télévision, rôle, émissions et publicité, 29:14-5, 19  
*Maclean's*, sondage, allusion, 29:7
- Fast Food**. Voir Restaurants-minute
- Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan**  
Mandat, 47:4  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Voir aussi Appendices; Autochtones—Santé, services
- Federation of Saskatchewan Indian Nations**. Voir plutôt *Participation*
- Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan**  
Felling, Keta (témoin à titre personnel)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 23:53-8
- Femmes**  
Emplois, libre-échange, accord, répercussions, 36:17-8  
Mariées et veuves, revenus, comparaison, 31:8  
Participation à la population active, statistiques, revenus, etc., 29:6-31; 7-8, 17-8  
Travail à temps partiel, 36:7-8, 15-6  
Voir aussi Médicaments; Pensions du Canada, régime et Prestations de survivant; Sports
- Finestone, Sheila** (L—Mount Royal)  
Assurance-maladie, régimes, 17:26-30  
Etude, 14:8  
Constitution, entente du lac Meech, 17:26-9  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 14:15-8, 28-30, 32  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 14:17-8, 29  
Enfants, 17:6-7  
Ontario, 14:29  
Pauvreté, 17:6-7  
Pension de la sécurité de la vieillesse, 17:33-4  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 17:6-11, 24-30, 33-4  
SIDA, 17:8-11  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 14:16-7, 28-9, 32
- Fletcher, Susan** (Conseil consultatif national sur le troisième âge)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 38:9  
Santé, services et financement, 51:13
- Violence**  
Lutte, prévention, programme, 42:22-5
- Violence—Suite**  
Voir aussi sous le titre susmentionné les sujets particuliers
- Statistiques**, 29:16-7  
Provinces, rôle, 29:10  
Organismes, financement, 29:9  
Counselling, clientèle, 29:10  
Services  
Semaine nationale, allusion, 29:5  
Remariages, statistiques, 29:11  
Planification. Voir plutôt Planification familiale  
*Picture of Canadian Families*, brochure, allusion, 29:16  
Personnes âgées, rôle, statistiques, etc., 29:7, 14  
Monoparentale, statistiques, 29:7, 17  
Gouvernement, rôle, 29:7-8  
Divorces, statistiques, 29:7  
Définition, rôle, etc., 29:6-7, 18; 30:11  
Conflits, causes, 29:11-3  
Avantages fiscaux, 29:13-4  
À un ou deux revenus, statistiques, 34:11; 36:5, 7-8
- Famille**  
Définition, 40:10
- Exciptent**  
Allusion, 52:39
- Evans, Spasoff et Podborski, rapports**  
Television with Children and Youth  
ETC. Voir Breakthrough Productions, Society for Exploring  
de faible poids; Pollution—Contrôle; Recherches  
médicales—Financement; Santé, services—Financement  
résultats positifs; Hôpitaux—Financement; Nouveaux-nés  
abusif; Situation nationale; Drogues et alcool, usage  
abusif—Situation nationale; Drogues et alcool, usage  
abusif—Situation nationale  
Président Reagan, déclaration. Voir Drogues et alcool, usage  
abusif—Situation nationale  
Hôpitaux, administration par des Canadiens, possibilité, 47:30-1
- États-Unis**  
Aliments et médicaments, étiquetage, 49:22-7, 30-1, 33, 35-8
- Erola, hon. Judy** (Association canadienne de l'industrie du médicament)  
document de consultation, étude, 38:16, 19-28  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, pensions du Canada)  
Erlichman, Louis (Conseil consultatif pour le Régime de  
Voir aussi Santé, services—Services communautaires  
Provinces, reconnaissance, 50:18-9  
Orientation vers les services préventifs, 50:10  
Facturation directe par le régime d'assurance-maladie, 50:11  
Nombre, pénurie, 50:8-10, 13-5  
Mandat, clientèle, etc., 50:5, 9-11  
Formation, 50:9, 14  
Bénévoles, aide, 50:10  
Abandon de la profession, taux, 50:9
- Ergothérapie**, services—Suite  
Définition, 50:5  
Coûts, 50:17-8

## Epp, l'hon. Jake—Suite

- Banques autologues, cliniques privées, 35:20  
Et dérivés sanguins, Comité canadien du sang, contrôle, 35:20  
Santé, promotion et prévention, programmes 35:20  
Santé, promotion et prévention, programmes  
Activités, fonds alloués, etc., 16:7-9; 35:6-7; 42:6-7, 18-20  
Sondages, 16:7-8  
Santé, services  
Financement, contrôle, 17:17-9  
Régions éloignées, fonds alloués, discrimination, etc., 17:20  
Services communautaires, promotion, 35:15-6  
Santé nationale et Bien-être social  
Budget principal  
1987-1988, 16:6-20, 22-37; 17:5-10, 12-35  
1988-1989, 42:5-34  
Budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:5-32  
Santé nationale et Bien-être social, ministère  
Administration, programme, 16:10; 35:6; 42:8  
Budget des dépenses, ventilation, 16:6-7; 42:5-6  
Employés, diminution, sous-traitance, répercussions, 42:31-2  
Sécurité du revenu, programme, 16:9  
Activités, fonds alloués, etc., 35:7; 42:7-8  
Palements statutaires, 35:6  
Services sociaux, programme, activités, fonds alloués, etc., 16:8; 34:22-3; 35:7; 42:6-7  
SIDA  
Cas, 5:5-8, 15, 31-2, 16:28-9  
Dépistage, tests, 5:24; 17:10  
Éducation, provinces, compétence, 17:9-10  
Étude, 5:5-36  
Groupes communautaires, financement, 5:29-30  
Immigrants, dépistage, tests, obligation comme condition d'entrée, 5:25-9  
Plan quinquennal, plan fédéral, 5:7; 16:29-30; 42:27-8  
Porteurs, 5:14-5  
Préservatifs, publicité, Aliments et Drogues, Loi, modification, 35:9-12  
Prévention, moyens, 5:11, 15-6  
Public, éducation, sensibilisation, etc., programme, 5:7-9, 11, 13, 16-22, 31; 16:30-1, 33-6; 17:8; 42:27-9  
Recherches, financement, contribution fédérale, 5:12; 16:29-30  
Société canadienne de la Croix Rouge, tests sanguins, vérification, 5:32  
Traitement, 5:20-2; 42:15-6  
Travail, milieu, sécurité d'emploi, etc., répercussions, 5:33-5  
Toxicomanes et alcooliques, traitement, 16:17-9  
Employeur, programme, 27:20  
Troisième âge, ministère d'État  
Fonds alloués, 35:16-7  
Rôle, mandat, etc., 42:30-1  
Vaccination, programme  
Fonds alloués, Rotary, membres, participation, 35:5-6  
Zimbabwe, aide, 35:5-6  
Winnipeg, Man., laboratoire de lutte contre la maladie, construction, coûts, 35:28-9  
Ergothérapie, services  
Accès, 50:10-3
- Enfants  
Exploitation sexuelle, lutte, 35:13; 42:22-5  
Gardiennes, 35:20-2; 42:33-4  
Pauvreté, 17:7; 35:24-6  
Famille, 34:11  
Violence, 42:22-5  
Handicapés et invalides  
Désinstitutionnalisation, 17:15-6  
Réadaptation, centres, étude, rapport, disponibilité, 17:31  
Immigration, 5:26  
Jeux olympiques d'hiver, XVèmes, Calgary, programme, activités, 16:10, 25; 35:7-9; 42:8-9  
Manitoba, autochtones, Aide à l'enfance, programme, entretien, 27:12, 21-2; 35:32  
Médicaments  
AZT, accessibilité, 16:15-7  
Ordonnances, abus, 41:21-2, 27  
Médicaments, étiquetage  
Personnes âgées, financement, programme, 35:13  
Efficacité, 41:5-6  
En vente libre, particularités, 41:7  
Étude, 41:5-8, 21-2  
Exigences, réglementation, 41:7-8  
Fabricants, incitations, 41:8  
Médecins, dentistes, etc., rôle, 41:6  
Nations Unies  
Conférence internationale sur l'abus et le trafic illégal des drogues, 27:4  
Fonds pour la lutte contre l'abus des drogues, contribution fédérale, 27:6-7  
Pauvreté  
Choix, 17:6-7  
Personnes âgées, veuves, familles monoparentales, etc., situation, 35:17-8  
Pensions de la sécurité de la vieillesse  
Allocation au conjoint, discrimination, 17:33-5  
Retraite, âge, modification, répercussions, 16:24; 17:32-3  
Pensions du Canada, régime  
Modifications, 17:14-5; 34:5; 34:5, 10-1  
Personnes au foyer, inclusion, 16:28; 34:19  
Prestations, 34:9-10  
Prestations de survivant, 42:25-6  
Document de consultation, étude, 34:5-23  
Prestations d'invalidité, 16:20, 22; 17:13-4; 42:14-5  
Réforme, 16:9  
Retraite anticipée, prestations et aide sociale, prestations, conflits, 17:22  
Personnes âgées, programme fédéral, fonds alloués, 42:30  
Planification familiale  
Politique nationale, instauration, 42:13-4  
Régulation des naissances, promotion et financement, 42:12-3  
Pollution  
Anhydride sulfureux, répercussions, études, 35:18-9  
Pluies acides, incidences, 35:22-3; 42:32-3  
Fornographie, répercussions, 42:24  
Recherches médicales, subventions de contrepartie, 16:15; 42:20-1  
Revenu national, ministère, Douanes et accises, division, inspecteurs, formation, fonds alloués, 27:29-30



- Enfants—Suite**  
Mortalité infantile—*Suite*  
Et hospitalisation, causes, 45:9  
Taux, 37:5, 13-4; 45:10-11; 50:60-1  
Natalité, taux, 37:24-5; 45:13  
Nutrition, importance, *Head Start*, programme, 45:17  
Pauvreté  
Alimentation dans les écoles, programme, 35:24-6; 45:17  
Assistance publique, régime, contribution, 35:24-6  
Winnipeg, Man., 35:26  
Allocations familiales, maintien, 45:14-5  
Autochtones, situation, 37:12  
Autres pays, comparaison, 37:6-7, 12; 45:7-8  
Badgley, rapport, comparaison, 37:9-10  
Causes, 37:16  
Choix, 17:6-7  
Comité, étude, rapport, audiences publiques, etc., 37:9-10, 18, 25; 45:19  
Étude, 37:4-25; 50:63  
Garderies, programme, rôle, 37:13, 18  
Gouvernements, rôle, etc., 37:10, 13  
Groupe de la réforme médicale de l'Ontario, position, 50:58-9, 66  
Les enfants pauvres, rapport, 37:11, 24  
Parents, revenus inadéquats, répercussions, 37:5-6, 11, 16-7  
Régime fiscal, modifications, 37:17, 19, 21-2  
Programmes universels liés aux revenus, 37:21-2, 24  
Répercussions, 37:4-5; 45:6-7  
Situation, solutions, etc., 37:4, 9, 12-8, 22-4  
Subventions aux familles, 37:16  
Prématurés. *Voir plutôt* Nouveaux-nés de faible poids  
Vieillesse: Psychologie, services—Accès; SIDA  
survivant; Environnement. *Voir* Allergies  
**Environnement, ministères—Contrôle—Pluies**  
acides et Santé nationale  
Epp, l'hon. Jake (PC—Provencier, ministre de la Santé  
nationale et du Bien-être social)  
Alliments, allergies, 41:8, 23-4, 28  
Alliments, étiquetage  
Association canadienne des restaurateurs et des services  
d'alimentation, appui, 41:9  
Étude, 41:5, 8-11, 13-4, 16-9, 22-5, 27-30  
Ingrédients, liste, divulgation, 41:18, 22, 24-5  
Justification, 41:17  
Produits non préemballés, 41:11  
Produits préemballés, 41:9  
Programmes, études, etc., 41:10-1  
Réglementation, compétence, 41:8-9  
Répercussions financières, 41:29-30  
Restaurants, responsabilité, 4:17-9, 22, 27  
Restaurants-minutes, 41:14-6  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, activités, rôle, etc., 41:9-10  
Assistance publique, régime, paiements aux provinces, critères, 35:24-5  
Assurance-maladie, régimes  
Constitution, entente du lac Meech, répercussions, 17:27-30  
Fonds alloués, contribution fédérale, 35:13-6, 30-1
- Epp, l'hon. Jake—Suite**  
Assurance-maladie, régimes—*Suite*  
Médecins, surtaxation, 16:12; 17:21  
Services assurés et non assurés, 16:13; 17:26-7; 35:30-1  
Autochtones  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, fonds alloués, 27:10-1  
Métis, Indiens non inscrits et hors des réserves, drogues et alcool, usage abusif, lutte, initiatives, programmes, etc., financement, 27:11-3, 21  
Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme, 16:30-1; 27:11, 13-4  
Avortement  
Code criminel, modification, 16:28  
Motifs, nombre, etc., 16:26-8  
Bande du Lac Lubicon, tuberculose, épidémie, allusion, 35:9  
Banques alimentaires  
Gouvernement fédéral, responsabilité, contribution, etc., 17:25-6  
Organisations bénévoles, financement, 17:26  
Code criminel, Aliments et drogues et stupéfiants, projet de loi C-61, fonds alloués, 27:29  
Comité  
Ministres, comparution, 35:8  
Ordre du jour, 16:11-2  
Témoins, comparution, convocation, etc., 27:8-9  
Condition physique et sport amateur, programme, activités, fonds alloués, etc., 16:9-10; 35:7; 42:8  
Conduite en état d'ébriété  
Code criminel, modifications, 35:23  
Programme, 35:23-4  
Conseil de recherches médicales  
Budget des dépenses, 42:9  
Double emploi avec les ministères ou organismes, réduction, 16:23-4  
Fonds alloués, 16:10-11, 14; 17:23-4  
Drogues et alcool, usage abusif  
Attrait, commerce, interdiction, 27:7  
Étude, 27:4-33  
Situation nationale et internationale, épidémie, statistiques, etc., 16:15  
Trafic, profits, gouvernement, contrôle, légifération, etc., 27:16-7, 24-5  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Convention sur les substances psychotropes de 1971, ratification, 27:6  
Échec au crime, programme, 27:30  
Éducation et prévention, programme, 27:7, 15, 32-3  
Financement, 16:15; 27:25-8, 31-2  
Garde côtière, rôle, fonds alloués, etc., 27:29  
Professionnels, médecins, formation, services, etc., 27:15-6, 20  
Publicité, interdiction, contrôle, etc., 27:18-9  
Recherches, travaux, financement, 27:14, 20  
Stratégie nationale, 16:25-6; 27:5-6, 10, 32; 42:31  
Droits et libertés, Charte canadienne, orientation sexuelle, définition, 16:31  
Eau potable  
Grandes lacs, purification, programme, libre-échange, accord, répercussions, 35:19-20  
Qualité, normes, institution, 42:10-2

- Duchesneau, Jacques** (Association canadienne des chefs de police)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:8-12, 16-21, 23-6
- Dugnay, Léo** (PC—Saint-Boniface)  
Aliments, étiquetage, 41:22-5, 28  
Autochtones, 47:15  
Comité, 47:30, 32-3  
Désinstitutionnalisation, 50:15-7  
Enfants, 45:19; 50:6-7  
Médecines naturelles, 52:156, 158-9  
Médecins, 52:105, 157  
Optométrie, services, 50:24-5  
Santé, promotion et financement, 50:16  
Santé, services et financement, 45:19-21; 47:13-5, 20-3, 30-1; 50:9, 15-7, 27-8, 65-70; 51:24-6; 52:102-5, 107-8, 128-30, 156-9  
SIDA, 50:6-7
- Dulude, Louise** (Comité canadien d'action sur le statut de la femme)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 31:4-33
- Dykeman, Ron** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Drogues, usage abusif, étude, 9:27-38
- Dyson, William A.** (témoin à titre personnel)  
Antécédents, 48:4-5  
Santé, services et financement, 48:4-13
- Eau potable**  
Grands Lacs, purification, programme, accord, répercussions, 35:19-20  
Qualité  
Normes, institution, 42:9-12  
Provinces, respect, 42:12  
Uranium, seuil de tolérance, réserves indiennes, 42:10
- Economic Communication Group.** Voir *pluôt* Dyson, William A.
- Education postsecondaire**  
Financement, 35:14-5
- Enfance, aide, programme.** Voir *Enfants; Manitoba—Autochtones; Ontario—Autochtones*
- Enfants**  
Développement, Offord, David, étude, 37:5-6  
Enfance, aide, programme, 37:13  
Fonds alloués, 35:12-3  
Population, sensibilisation, 42:21-3  
Recherches, *Badgley*, rapport, recommandations, 42:22-4  
Garderies  
Accès, 31:29  
Kindericare, E.-U., services, 35:20-1  
Libre-échange, accord, répercussions, 35:21-2  
Normes nationales, 35:20-2, 31; 42:33-4; 50:59  
Voir aussi *sous le titre susmentionné* Pauvreté  
Laisés seuls à la maison, âge, limite, modification, 31:29  
Maladies infectieuses, immunisation, 45:9-10  
Mortalité infantile  
Autochtones, situation, 45:11; 50:60
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Suite**  
Stratégie nationale—*Suite*  
Conseil des autochtones du Canada, recommandations, 21:11-2  
Consultations, 27:5  
Voir aussi *sous le titre susmentionné* Stratégie nationale—Autochtones  
Council on Drug Abuse, appui, 19:41  
Évaluation, 24:10-2, 18-9; 27:5-6  
Fédéral et provinces, collaboration, 12:7, 19, 26; 13:6-7, 14, 18, 21-2; 19:34-5  
Financement, répartition, dépenses, etc., 24:46; 27:25-8  
Fonds alloués, 22:94-5; 25:21-2  
Je tourne ma tête, programme, allusion, 20:10  
Nova Scotia Commission on Drug Dependency, position, 12:7-12  
Objectifs, mesures, etc., 27:5-6  
Parents Against Drugs, recommandation, 20:33-4, 42  
Plan quinquennal, 27:6  
School for Addiction Studies, position, 19:73-4  
Secrétariat interministériel, création. Voir *pluôt sous le titre susmentionné* Stratégie nationale—Comité consultatif fédéral-provincial  
Union of Ontario Indians, recommandations, 25:20  
*Students Against Drinking and Driving Program*, allusion, 19:79  
Syndicats, rôle, 14:17  
Tabac, lutte, comparaison, 2:20-1; 19:49-50, 112; 24:28, 43  
Travailleurs sociaux, formation. Voir *pluôt sous le titre susmentionné* Professionnels, formation  
Vivre moi-même, programme, 6:5; 19:47; 24:40-1; 27:7  
Voir aussi *Addiction Research Foundation; Alberta—Autochtones; Association canadienne des chefs de police; Australie; Autochtones; Breakthrough Productions; Society for Exploring Television with Children and Youth; CanCare Canada; Colombie-Britannique; Conseil scolaire d'Ottawa; Council on Drug Abuse; GRC; Maison Fraternité; Manitoba; Nouveau-Brunswick; Nouvelle-Écosse; Ontario et Autochtones; Ontario Association of Chiefs of Police; Ontario Federation of Home and School Associations; Ottawa, Ont.—Écoles; Parents Against Drugs; Québec; Revenu national; ministère, Douanes et accises, division; Saskatchewan et Autochtones; Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission; Toc Alpha*
- Drogues licites.** Voir *pluôt* Médicaments
- Droits et libertés, Charte canadienne**  
Orientation sexuelle, définition, 16:31  
Voir aussi *Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Dépistage, tests—Sur les victimes et Lois, modification; Pensions du Canada, régime et Prestations de survivant—Enfants à charge*
- Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria**  
Budget, 22:94  
Représentants, témoignages. Voir *Témoins*  
Voir aussi *Drogues et alcool, usage abusif*
- Drug Education Coordinating Council.** Voir *Drogues et alcool, usage abusif, lutte*



- Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Suite**  
 Regroupement des ressources spécialisées, 6:18; 8:15-6  
 Responsabilité personnelle, 12:17, 21-2; 15:16-7; 19:39-40; 23:70-1  
 Santé, promotion, 2:23; 12:17-8, 21-2, 24-6  
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, programme, 9:7-10, 20  
 Education, programme, fonds alloués, ventilation, diminution, etc., 9:10-2, 14, 25-6; 11:23-4  
*Mes amis, mon jardin*, publication, coût, disponibilité, etc., 9:14-5; 11:31  
 Organismes et provinces, coopération, 9:23  
 Publications désuètes, 9:14  
 Syndicats, consultations, 9:23  
 Semaine nationale de sensibilisation aux problèmes de la drogue, instauration, 24:8-9  
 Solomon, professeur Robert, position, 26:13-5, 21  
 Solutions, initiatives, etc., 3:15-7, 19; 10:12; 13:13; 15:11, 16, 32-3; 19:23, 34-6, 82, 85; 20:47-8, 61, 63-4; 21:29, 31-2; 22:29-30, 34, 37-9; 23:63-6  
 Action communautaire contre la drogue et l'alcool, recommandations, 15:27-8  
 Addiction Research Foundation, position, 19:8-9, 23-6  
 Alcohol and Drug Association of Alberta, recommandations, 24:28-9, 35  
 Alcohol-Drug Education Service, recommandations, 23:79-81  
 Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependencies, recommandations, 23:28-30  
 Association canadienne des chefs de police, position, 11:18, 25-6  
 British Columbia Medical Association, position, 22:98-9, 102, 109-10  
 British Columbia Telephone Company, position, 23:96-7  
 Council on Drug Abuse, position, 19:43, 50  
 Efficacité, suivi, etc., 12:20-1  
 Images UnLid, propositions, 22:50-2  
 Institut Rideauwood, position, recommandation, 14:12-3; 23:92-3  
 Kaiser Substance Abuse Foundation, recommandations, 23:10-4  
 Maison Fraternité, recommandations, 14:31  
 Ontario Association of Chiefs of Police, recommandations, 20:51-2  
 Ontario Secondary Schools' Principals' Council, recommandations, 20:67-8  
 People to Reduce Impaired Driving Everywhere, recommandations, 20:76-8  
 Stratégie nationale, 7:32-3; 15:21; 19:24; 20:10, 17-8, 106; 21:30-1; 24:40, 46; 42:31  
 Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, position, 12:17-20; 23:12-4  
 Annonce, date, allusion, 9:17; 16:25-6; 20:61; 27:5  
 Application, compétence, 19:15-6; 20:56-7  
 Autochtones, consultations, 21:21; 25:21-2, 26-8  
 Canadian Institute for Guardianship, position, 20:89-97  
 Comité, consultation, 27:8-10, 13  
 M. (Copp, S.), préavis, 21:4, 39-40; 27:30-1  
 Comité consultatif fédéral-provincial, création, composition, etc., 11:6; 12:7-8, 11; 19:28, 72; 24:40, 42-3, 46, 48-9; 27:31-2  
 Comparaison avec d'autres pays, 21:30
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Suite**  
 Formation—Suite  
 Voir aussi sous le titre *susmentionné* Professionnels  
 Fumer, interdiction sur les lieux de travail, 9:18-9  
 Gouvernements, rôle, 3:19; 8:14-6, 29-30; 10:11-2; 13:12-4; 19:14, 76, 102-4, 116-8; 20:6, 64-5; 23:8-9, 70; 24:35-6  
 Institut national, création, recommandation, 8:30-1  
*Just say no*, programme américain, canadien, 20:30, 41  
 Les drogues: faits et méfaits, brochure, 24:40-1  
 Lieux du travail, employés, aide, programmes, 10:6; 14:15, 17; 19:57; 20:53; 22:44-5; 23:86  
 Alcool, recherches, particularités, 10:10-1  
 British Columbia Telephone Company, programme, 23:87-91, 100-1  
 Crédits d'impôts, disponibilité, coûts, etc., 10:17-8  
 Efficacité, suivi, etc., 10:18-9  
 Fonction publique, employés, 24:9  
 Forces armées, membres, 24:9-10, 24  
 Gendarmerie royale du Canada, membres, 24:9-10, 24  
 Gouvernement, rôle, 19:59-60; 23:86  
 Intégration aux programmes de santé et de sécurité au travail, 10:19; 19:59  
 Parlement, employés, 13:28; 19:60  
 Politiques, instauration, 10:7-8  
 Promotion, réussite, etc., 19:60-1; 23:91-2  
 Task Force on Alcohol and Drug Abuse in the Workplace, étude, recommandations, 22:42-7  
 Voir aussi Ontario  
 Lois, modification, adoption, etc., 11:27-8; 21:31; 22:20  
 Alcohol and Drug Concerns Inc., recommandations, 20:6-8  
 Code criminel, modifications, 22:60  
 Droits et libertés, Charte canadienne, 22:59-65  
 Médecins  
 Et patient, relations, suivi, 23:105-7, 109-10  
 Professionnels  
 Voir sous le titre *susmentionné* Professionnels  
 Organismes communautaires, implication, financement, etc., 3:17-8; 9:7; 20:8, 45-6; 23:35-6, 94-6, 109  
 Participation, programme, répercussions, 8:35-6  
 Personnes âgées, thérapie de groupe, 23:107-8  
 Policiers, rôle, 3:18-9, 32; 7:4-5; 11:7; 22:18, 21  
 Politiciens, rôle, 6:14; 23:19-20  
 Politique antidrogue, Voir plus sous le titre *susmentionné*  
 Stratégie nationale  
 Prévention, Voir sous le titre *susmentionné* Education  
 Professionnels, médecins, etc., formation, services, 14:22-3; 15:25-6; 19:67-8, 71-3; 22:81, 88-9, 111; 23:16-7, 101-2, 104-5; 24:42-5, 47-8; 27:19-20  
 Programmes ayant des résultats positifs, évaluation, adaptation, etc., 19:81-3, 88-90  
 E.-U., programmes, 19:81, 88  
 Programmes disponibles, information, publications, etc., 23:102-4; 24:40, 46-7  
 Livre rouge, utilité, 23:103  
 Répertoire des services de l'agglomération de Vancouver, 23:103  
 Provinces, ministères, activités, coordination, 15:24  
 Recherches, travaux, financement, contribution fédérale, 19:38-9; 27:14, 20  
 Recommandations, Voir plus sous le titre *susmentionné*  
 Solutions, initiatives



**Drogues et alcool, usage abusif—Suite**

Statistiques—Suite  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Lieux du travail—  
 Situation et Saisies et Situation nationale

Stress, relation, 12:17, 24  
 Synthétiques. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*  
*Designers Drugs*

Tabac, consommation, 9:18; 20:36; 24:42  
 Jeunes femmes, augmentation, 43:31

Loi sur les produits dangereux, application, 8:33-4  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Marijuana—

Répercussions  
 Talwin, consommation, situation, 11:35-6

Trafic, 6:5-6; 11:5; 20:51

À des mineurs, sanctions, 20:20  
 Commission des stupéfiants des Nations Unies, rapport, 21:29

Crime organisé, implication, 3:8-12

Écoles, situation, 7:38-9  
 Immigrants, groupes ethniques, etc., implication, 3:30;

6:25-8  
 Informateurs, protection, 20:58-9

Profits  
 Prévion, 6:18

Blanchissage des fonds, 27:16-7, 22-5  
 Fonds recueillis, réaffectation à la lutte contre les

drogues, 27:17  
 Gouvernement, contrôle, législation, etc., 3:14-5; 11:17;

21-2; 20:54, 57-60; 22:20-1, 23, 27-9; 26:11-2; 27:16-7  
 Suppression, 3:14-5; 20:54-5, 61

Trafiquants, consommation, 4:19  
 Traitement. *Voir plutôt* Toxicomanes et alcooliques,

traitement  
 Usagers chroniques, définition, 6:8-9

*Voir aussi* Australie; Autochtones; Colombie-Britannique;  
 Montréal, Qué.; Nouveau-Brunswick; Nouvelle-Ecosse;

Ontario; Outaouais, Qué.; Saskatchewan et Autochtones;  
 Toronto, Ont.; Université de Toronto

**Drogues et alcool, usage abusif, lutte**

Approvisionnement, contrôle, programme, 6:30  
 Breakaway, programme, allusion, 23:54

Cannabis, Loi, modification, répercussions, 19:86-7, 92  
 Centre canadien du marché du travail et de la productivité,

Chiens renifleurs, services, 6:17, 23, 31-2; 7:23  
 Chômeurs, orientation, Commission d'assurance chômage,

Châlo, 24:10  
 Cigarette, lutte. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*

Tabac, lutte  
 Comité national de formation sur les problèmes liés à

l'alcool et aux autres drogues, rôle, 19:72  
 Commission royale, instauration, 23:29-30

Convention de 1961, respect, 21:29-30, 36-7  
 Convention sur les drogues et les substances psychotropes de

1971, ratification, 21:32-3; 27:6, 10  
 Coûts. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Financement

Demande et offre, réduction, 3:15; 4:16-7, 21; 6:28; 9:35-6;  
 12:18-9; 22:26; 23:20-1, 27; 26:21

**Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Suite**

Dépistage, tests

Obligatoires comme condition d'embauche, 3:26-8;  
 4:17-20, 27; 8:21-2; 10:12-4, 16-7;

11:16-7, 24-7, 30-1; 12:23; 14:12; 19:60-3, 66;  
 20:60-2; 22:47-8; 23:99-100; 26:12-3

Employeurs, responsabilité légale, 19:66-7  
 États-Unis, comparaison, 26:13

Millitaires, 3:32  
 Parlement, membres, 13:27-9

Tests d'urine et de sang, efficacité, coûts, etc.,  
 comparaison, 4:27-9; 19:62-3

Sur les travailleurs blessés, 22:48  
 Sur les victimes d'accidents, Droits et libertés, Charte

canadienne, opposition, 22:48  
 Drug Education Coordinating Council, création, 19:44-5, 66

Échec au crime, programme, comparaison, 27:30  
 Écoles

Edmonton, Alb., école préventive, cas, 15:38  
 Enseignants, formation, servant d'exemple, etc., 20:107;

26:9  
 Parents Against Drugs, services, 20:72-3

Rôle, programmes, etc., 6:11-2; 8:17-8, 31; 15:23-4, 37-9;  
 19:45; 20:73; 23:68-9, 82-3; 26:4-5

Importance, 26:11  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Education et

prévention, programme  
 Education et prévention, programmes, 3:30-1; 4:16-7, 20-1,

26; 6:5, 28-9; 7:5, 20; 8:22-4, 28-9; 10:6-7, 12; 11:24; 12:18;  
 20:53, 63; 22:9, 23, 94; 23:20-1

Écoles, rôle, 20:30; 23:17-9, 71-2  
 Education par les pairs, 12:5, 10; 15:14-5; 20:30; 23:55-6

Efficacité, suivi, etc., 19:47-8, 52-3  
 Financement, 19:47; 25:22-3; 27:28, 32

Gendarmerie royale du Canada, recommandations, rôle,  
 fonds alloués, etc., 7:7-8, 20-1; 27:32-4

Gouvernement fédéral, rôle, 26:9-11  
 Jeunes du primaire, 23:21; 26:7-9

Jeunes du secondaire, 23:21

Cours sur le droit canadien pour les élèves, les  
 enseignants et les conseils scolaires, 26:5-9, 14-20

Orientation, priorités, etc., 26:18; 27:14-5  
 Pédagogie, rôle, 20:68-9

Efficacité, suivi, etc., 23:81-2  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Education et

prévention et Sur les lieux du travail  
 Église, rôle, 15:15-6

Employés, aide, programme. *Voir sous le titre susmentionné*  
 Sur les lieux du travail

Escouades antidrogues, création, 6:17  
 États-Unis, Marine, programme, efficacité, allusion, 19:89

Financement, 14:18; 16:15; 19:43-4, 55-6; 23:84-5; 24:13;  
 42:17-20

Partage entre le fédéral et les provinces, 7:32-3, 39-40; 12:8;  
 13:23; 19:7, 27-8, 54-5; 27:31

PRPI et RAP, examen, 27:31-2  
 Utilisation efficace, 19:27-8, 55; 22:34-7

Formation  
 Financement, 25:39-40, 44; 27:15-6

Pénitenciers, agents, 16:15-6; 19:74-5

- Drogues et alcool, usage abusif—Suite**  
Méthadone, consommation, situation, contrôle, etc., 8:27-8;  
23:108; 24:49-50  
Mythes et négations, syndromes, 15:28-30, 35-6  
Nicotine, consommation. *Voir plutôt sous le titre*  
*susmentionné* Tabac, consommation  
Ordonnances, abus. *Voir plutôt* Médicaments—Ordonnances,  
abus  
Parents  
Aide, programme, 23:53-4  
Dépendance, enfants, sensibilisation, 15:30-1  
Rôle, sensibilisation, etc., 6:12, 15; 19:51-2; 20:32-3, 40-1;  
23:58  
Personnes âgées, situation, statistiques, etc., 23:112-4  
Pharmacies, pertes de drogues, déclaration, modalités, 11:22  
Polyconsommateurs, 11:34-5; 12:12; 15:5  
Population, sensibilisation, 7:29-30; 9:6; 15:26; 20:85  
Droit canadien, documents, 26:17  
Publicité, rôle, télévision, messages, diffusion, 7:17, 19,  
29-30; 8:23-4; 20:70-1, 105, 107  
CRTC, empêchement, cas, 7:7, 14-7, 30; 27:18  
Prix et disponibilité, influence, 8:32; 9:19; 10:16; 11:32-4;  
12:11; 13:8-9; 22:8-9; 102-3, 108-9; 24:27-8, 37-8  
Progression vers des drogues plus fortes, 4:13-4; 6:6; 8:31  
Prostitution, relation, 11:18-9; 20:113; 22:22  
Provenance, 2:24; 3:10-3; 6:29; 20:48, 51  
Pryor, affaire, allusion, 11:15  
Publicité  
Brasseries, promotion de concerts, 20:10, 22, 70  
Interdiction, contrôle, etc.  
Alcool, messages, 9:21; 10:12, 17; 20:28, 81; 22:107; 26:13;  
27:17-9  
Brasseries, répercussions, 20:15-6  
Drogues modifiant l'humeur ou favorisant le sommeil,  
20:104-5  
Organismes sportifs ou culturels, répercussions, 22:11-2  
Tabac, messages, 9:21  
Rôle, influence, etc., 2:22-3; 6:9; 7:25  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Population,  
sensibilisation  
Réglementation, compétence, 2:17-8  
Répercussions, 3:16; 4:21-2, 30; 11:4-5; 14:10; 19:50  
Jeunes, 3:26; 13:8-9  
Lieux de travail, 11:6; 23:85  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Drogues illicites et  
Marijuana  
Saisies, statistiques, 6:17, 22-3, 28  
Sanctions, sévérité, uniformité, etc., 3:27-9; 8:24-5; 11:17-9;  
12:18; 13:8, 15-6, 28-9; 14:11-2; 20:56, 64, 71, 82-5,  
104; 22:20  
Situation nationale et internationale, «épidémie»,  
statistiques, etc., 2:21; 3:7-16, 20-1, 24-5; 4:13-5, 19, 24,  
26-7; 6:9-11, 29-30; 7:12-3, 21-3, 34-7; 8:10-4, 34-5;  
9:19-21; 10:5-6; 11:23; 12:11, 14, 16-7, 22; 13:12-3;  
14:10-1, 15-6, 19-20; 16:15; 19:30, 32-3; 20:47, 67;  
22:18, 79; 23:23-5, 54-5, 62-3; 24:25; 26:20  
Etats-Unis, président Reagan, déclaration, allusions, 14:11,  
21; 26:20-1  
Statistiques  
Collecte, modalités, 9:16
- Drogues et alcool, usage abusif—Suite**  
Médicaments, consommation, comparaison, 4:32; 11:34-5;  
12:12-3  
Répercussions, 4:21; 6:6; 9:5, 15-6  
Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria,  
position, 22:79-80  
Écoles, situation, 20:65-6  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Trafic  
Éducation et prévention. *Voir* Drogues et alcool, usage  
abusif, lutte  
Étendue du problème. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*  
Situation nationale  
Étude, 11:4-36; 12:4-27; 13:4-30; 14:9-33; 15:4-40; 19:5-118;  
20:5-117; 21:5-39; 22:5-112; 23:5-117; 24:5-67; 25:5-46;  
26:4-22; 27:4-34; 28:1-79  
Rapport à la Chambre, 28:1-76  
*Head shops. Voir plutôt sous le titre susmentionné* Articiel,  
commerces  
Héroïne, consommation, situation, 2:22; 4:13  
Jeunes, 19:29-30, 83-4; 22:24  
Approvisionnement, 15:22; 20:9-10, 111, 115  
Colle, inhalation, 6:13-4  
Consommation, motifs, 15:12; 20:63, 70, 115-6; 22:92-3;  
23:55-7  
Famille, division, rôle, etc., influence, 15:34-5; 19:13;  
20:69-70; 23:73  
Dépistage, signes, etc., 15:23; 23:57-8  
Égocentrisme, répercussions, 6:14-5  
Habitude, développement, âge critique, 19:63-4; 26:14-7  
Médicaments, consommation, 6:13  
Parents, réactions, 23:114-5  
*Your Teen and Drugs*, livre, allusion, 20:42  
Problèmes psychéo-affectifs, 20:111-2  
Sensibilisation, 7:17-8, 24-5; 9:6-7; 20:108  
Athlètes, rôle, 7:6-7  
Sortes consommées, 4:20; 9:21-2; 14:11; 15:12; 19:31;  
20:24-5, 111; 26:6  
Tendances, évolution, etc., 20:112-3  
*The Emerging Generation*, Université de la Saskatchewan,  
étude, 19:83  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Répercussions  
Marijuana, 3:21-2; 4:22, 29-31; 7:24; 20:18-20, 34-6, 71  
Lieux du travail  
Absentéisme, 23:87-8  
Accidents causés par l'alcool ou les drogues, statistiques,  
22:42, 48-50; 23:93-4  
Emplois, aide programme. *Voir* Drogues et alcool, usage  
abusif, lutte  
Situation, statistiques, etc., 19:57-8; 20:52-3  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Répercussions  
Lutte. *Voir* Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Lysol, consommation, 19:38  
Marijuana, 20:95; 22:28, 100-1; 23:66-7; 24:42  
Commission Le Dain, recommandations, application, 3:21;  
11:28  
Répercussions, études, tabac, comparaison, 20:23-4, 35-6,  
42, 88-9  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Légalisation  
Médias, rôle. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*  
Publicité, rôle

- Davison, Margaret** (Association des hôpitaux du Canada) Santé, services et financement, 46:4-7
- Deaton, Richard** (Conseil consultatif national pour le troisième âge) Pensionnaires du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 38:8, 13-5
- Decima, enquête.** *Voir* Pensionnaires du Canada, régime—Prestations de survivant—Enfants à charge
- Déficiences visuelles.** *Voir* Optométrie, services
- DeGagné, Michael** (Toc Alpha) Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:9-10, 22, 24-6
- Deguisse-Vallancourt, D'** (Association des facultés de médecine du Canada) Santé, services et financement, 52:51-2, 65-7, 69-71, 74-5, 79, 85-7, 90-1
- Delorme, Henry** (Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan) Santé, services et financement, 47:4-11, 13-6
- Dénès, Voir** PNLADA—Recherche-développement—Association
- Dentées alimentaires.** *Voir* plutôt Aliments
- Désinstitutionnalisation** Conseil canadien de développement social, étude, 50:7
- Familles, implication, 50:15-6
- Services communautaires, promotion, 46:11-2; 48:12; 50:6-7, 16-7
- Voir aussi* Handicapés et invalides
- Desjardins, Gabriel** (PC—Témiscamingue) Pauvreté, 35:17
- Pollution, 35:18-9
- Santé nationale et Bien-être social, budget supplémentaire (C) 1987-1988, 35:16-9
- Troisième âge, ministère d'États, 35:16
- Dewar, Marion** (NPD—Hamilton Mountain) Comité, 52:44
- Dietétique, services, 52:42-3
- Infirmières, services, 52:12-3
- Santé, services et financement, 52:12-3, 29-31, 42-4, 48-9
- Soupes populaires, 52:44
- Diazepam.** *Voir* Médicaments—Détournement
- Dietétique, services** Accès, 52:40-2, 48
- Dietétistes, pédiatrie, formation, etc., 52:41, 43-5
- Financement, 52:43-4
- Gallup*, sondage, allusion, 52:39
- Rôle, orientation, 52:38-9
- Voir aussi* Santé, promotion et prévention
- Dorin, Murray** (PC—Edmonton—Ouest; témoin à titre personnel) Aliments et drogues, Règlements, modification, 40:5-8
- Médicaments, 40:5-7
- Médicaments, étiquetage, 40:5-9
- Procédure et Règlement, 40:8
- Voir aussi* Témoin
- Dos, douleurs chroniques** Accident de travail, cas, 43:12
- Back Power*, livre, parution, 43:18
- Causes, 43:16-8, 24-5
- Kirkaldy-Willis*, étude, 43:11
- Prévention, gouvernement fédéral, rôle, 43:16-7
- Répercussions, 43:20-1
- Santé, services, coûts, 43:10
- Statistiques, 43:9-10
- Traitement actif, 43:10-1
- Douanes et accises.** *Voir* Revenu national, ministère
- Dover, William** (Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation) Aliments et médicaments, étiquetage, 49:4-10, 12-6, 18, 20-1
- Drapier, Ron.** *Voir* Comité—Témoin—Comparution
- Drogues.** *Voir* Jeux olympiques; Sports
- Drogues, usage abusif** Étude, 2:4-25; 3:3, 5-33; 4:4-33; 6:4-32; 7:4-41; 8:5-36; 9:4-38; 10:5-20
- Drogues et alcool, usage abusif** À bord d'un avion, réglementation, 20:16-7
- Âge critique, 19:64-5
- Artificial, commerces
- Interdiction, 3:19; 7:7, 9, 13-4; 8:34; 11:6-7, 15-6, 20, 22-3, 31-2; 12:23; 20:36-8, 41, 46, 60, 64-5, 96, 109; 27:7
- Code criminel, modification, allusion, 52:118
- Localisation, 20:66-7, 105
- Au travail. *Voir* plutôt sous le titre *susmentionné* Lieux du travail
- Caféine, consommation, étude, fonds alloués, 9:18
- Chômage et problèmes sociaux, influence, 12:22
- Cigarette. *Voir* plutôt sous le titre *susmentionné* Tabac
- Cocaine, consommation, situation, 2:22; 3:25-6; 9:5, 16; 20:50; 22:89, 100
- Étude, fonds alloués, 9:17
- Population, sensibilité, 9:17
- Consommation, motifs, 2:22-3; 7:35-6; 9:24-5; 13:16-7; 14:16, 24; 19:25-6; 22:39-40; 23:52, 61-3, 70-3
- Voir aussi* sous le titre *susmentionné* Jeunes
- Crack, consommation, situation, 2:22; 4:11-2; 20:50
- Criminalisation, répercussions, 9:35
- Criminalité, lien, 7:12; 11:27; 22:24-6
- Culture, 20:14-5
- De confection, de fabrication. *Voir* plutôt sous le titre *susmentionné* Designers Drugs
- Définition, 3:20; 22:30-1, 33-4
- Dépendance chimique, définition, 14:9-10; 22:86, 91-2, 101-2
- Designers Drugs*, contrôle, réglementation, etc., 3:13; 9:26-7, 29-30; 20:10-1, 18; 21:30, 37-8
- Détournement vers le trafic et le vol, dé mêlés avec la justice, etc., 2:21; 4:5, 18-9; 6:6-8; 11:5; 15:26; 19:85; 22:20
- Drogues illicites
- Accoutumance, 4:21
- Âge moyen, 6:6
- Classement, 2:23-4
- Consommation, augmentation, importation, etc., 3:15-6, 20-1; 4:10-1; 6:9-11; 9:5
- Contrôle, 20:53-4





- Conseil consultatif national sur l'abus de...—Suite**  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Conseil consultatif national sur le troisième âge**  
Bulletin, publication, 51:6-7  
Création, membres, etc., 38:4; 51:5  
Nations unies, conférence sur le Troisième âge, participation, rapport, 38:7  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Conseil consultatif pour le Régime de pensions du Canada; Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Document**  
Administration, compétence, 38:21  
Conseil consultatif national sur le troisième âge, consultations, 38:19  
Information, accès, 38:23-4  
Membres, nomination, provenance, etc., 38:25-6  
Rapport  
Adoption avec rapports minoritaires, 38:16, 24-5; 39:20, 22-3  
Ministre, réponse, présentation, etc., 38:21-2  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
Rôle, mandat, etc., 38:22-3  
*Voir aussi* Institut professionnel de la Fonction publique du Canada; Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Document
- Conseil de développement du Nord de l'Alberta, rapport. Voir**  
Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif—Sensibilisation
- Conseil de gestion de la pension**  
Rapport, allusion, 33:7  
*Voir aussi* Pensions de retraite, régimes fédéraux—Révision; Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Anomales
- Conseil de l'abus des drogues**  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Conseil de marketing du sport. Voir** Sports—Financement
- Conseil de recherches médicales (CRM)**  
Budget des dépenses, 18:27-8; 42:9  
Adoption, 18:43  
Double emploi avec les ministères et les organismes, réduction, 16:22-4  
Fonds alloués, 16:10-1, 13-4  
Collecte, président et membres, formation, 18:37-8  
Insuffisance, 17:23-4  
Secteur privé, contribution, 16:14  
Plan quinquennal, approbation, 18:30, 38  
Président  
Antécédents, rôle, etc., 18:36-7  
*Voir aussi* sous le titre *susmentionné* Fonds alloués—Collecte
- Représentant, témoignage. Voir** Témoins  
Subventions de contrepartie, programme, 18:28  
Fonds, utilisation, ventilation, etc., 18:38-40  
*Voir aussi* Comité—Témoins—Comparution; Recherches médicales—Organes
- Colombie-Britannique, 13:10-1**  
COJO, 18:10  
Chiropractie, services, 43:19, 21  
CanCare Canada, 10:14-5  
Bande du Lac Lubicon, 35:9  
Autochtones, 21:17-21, 25; 27:8-9, 12-3, 20-1; 46:33-5; 47:9-13  
50:45-8; 52:15-7  
Assurance-maladie, régimes, 16:12-3; 35:20-1, 29-31; 47:27; Allergies, 48:21-3  
Aliments et drogues, Règlements, 40:7, 20-3, 30-1  
Aliments et drogues, Loi, 40:7-8  
Étude, 41:12-7, 25-6, 28-30; 49:7-13, 19-21, 32  
Aliments, étiquetage, 40:7, 21; 46:7  
Aliments, 49:19  
Alcoolisme, 3:20; 8:35  
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 12:25-6  
Addiction Research Foundation, 8:25-7; 9:25  
Copp, Sheila (L—Hamilton Est)  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Convention sur les substances psychotropes de 1971. *Voir* Convention de 1961. *Voir* Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Convention de 1961. Voir** Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Constitution, entente du lac Meech. Voir** Assurance-maladie, régimes
- Consommation et Corporations, ministère. Voir** Aliments, étiquetage
- Conseil scolaire d'Ottawa**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
Autres provinces, programmes, comparaison, 19:80  
Étude à l'intention du solliciteur général, allusion, 19:81, 92-3  
Québec, province, collaboration, 19:90-1  
Ventilation, recommandations, etc., 19:78-80, 92-4  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Conseil national mixte. Voir** Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Document
- Conseil national mixte. Voir** Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Document
- Conseil national mixte. Voir** Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant—Document
- Conseil national des femmes**  
Représentantes, témoignages. *Voir* Témoins
- Conseil du travail du Canada**  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Conseil des sciences du Canada. Voir** Santé, promotion et prévention
- PNLAADA**  
alcool, usage abusif, lutte—Stratégie nationale; Drogues et
- Représentants, témoignages. Voir** Témoins  
Mémoire, allusion, 21:31  
Fonctionnement, composition, etc., 21:25-6
- Conseil des autochtones du Canada**  
programe. *Voir* Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif, lutte



**Commission Rochon**

Mandat, 48:6  
*Voir aussi* Santé, services—Services communautaires—Efficacité

**Condition des personnes handicapées, Comité**

Conseil consultatif national pour le troisième âge, comparaison, 38:12

**Condition physique**

En milieu de travail, promotion, 18:6  
*Participation*, programme, gouvernement fédéral, employés, disponibilité, 18:17  
 Programmes, promotion et expansion, 18:6

**Condition physique et Sport amateur, ministère**

Langues officielles, programme, 18:7  
 Mandat, 18:4-5

**Ministre**

Voyage à New-York, frais de déplacement, 18:21-2  
*Voir aussi* Comité—Documents—Dépôt

**Condition physique et sport amateur, programme**

Activités, fonds alloués, etc., 16:9-10; 35:7; 42:8  
**Conduite en état d'ébriété**

Accidents, statistiques, causes, etc., 20:74-5, 81, 85-6  
 Alcool au volant, campagne, allusion, 19:10-1  
 Alcoolémie, taux acceptable, baisse, 20:80-1; 22:10, 41, 103  
 Cas, 10:13-4

Code criminel, modifications, 35:23  
 Conducteurs, contrôle, 22:106-7

**Lutte, programme**

Annonce, durée, etc., 35:23

Fonds alloués, 35:23-4  
 Gouvernement fédéral, implication, 20:78

**Répercussions, 14:21-2**

*Play it Smart*, programme, 20:75-80  
 Population, sensibilisation, éducation, 19:104-5  
*PRIDE*, programme, 20:75-8

**Solutions, 24:32**

*Teenagers Against Drinking and Driving*, programme, 19:94

**Congrès du travail du Canada. Voir Pensions du Canada,**

régime—Modifications

**Connelly, Carmen (Association canadienne des diététistes)**

Santé, services et financement, 52:43-7

**Connors, Kathleen (Coalition canadienne de la santé)**

Santé, services et financement, 47:17, 21-3, 25-7, 30-2

**Conseil canadien de développement social. Voir**

Désinstitutionnalisation

**Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse**

Objectifs, 37:5

Représentants, témoignages. *Voir* Témoins

*Voir aussi* Nouveaux-nés—Prévention

**Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues**

chez les autochtones

Comités, rapports, etc., 25:12

Composition, 25:11

Mandat, activités, etc., 25:11-3

Métis, Indiens non inscrits et hors des réserves, exclusion, 21:9-13; 24:23, 57-8; 25:10, 30

**Comité—Suite**

Témoins, comparution, convocation, etc., 5:3; 25:3; 39:4;

40:3

Association canadienne des restaurateurs et des services de

l'alimentation, 41:13, 19

Association de l'information sur les allergies, 41:13

Conseil de recherches médicales du Canada, 8:3

Draper, Ron, 24:49

Frais, remboursement, 1:7; 25:3

Mémoire, résumé, 3:12-3; 11:15

Revenu national, donateurs et accises, ministère, 6:20

Santé nationale et Bien-être social, ministère, 41:3; 48:24-5

Comité interministériel, 27:8-10

Liston, M., 1:12

Temps de parole, répartition, 1:6-7; 14:8; 52:94

Travaux. *Voir plutôt* Travaux du Comité

Vice-président

Démision, 1:8-9

Election, 1:5; 9; 30:5-6

Voies à la Chambre, allusion, 27:31

Voyages, 10:3-4; 18:42

Autorisation, 41:3-4

En Colombie-Britannique, remerciements, 22:112

Fonds utilisés, justification, 20:13-4, 87

Publicité, 24:67; 25:3

*Voir aussi* Allergies—Environnement; Autochtones—Santé,

services—Fédération; Banques alimentaires; Condition

physique et Sport amateur, ministère—

Comité; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie

nationale; Enfants—Pauvreté; Famille et mariage,

importance—Communication; Nouvelle-Ecosse—

Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Sensibilisation;

Pensions du Canada, régime—Modifications et

Prestations de survie—Document

**Comité canadien d'action sur le statut de la femme**

Représentante, témoignage. *Voir* Témoins

*Voir aussi* Pensions du Canada, régime

**Comité canadien du sang. Voir Sang—Et dérivés sanguins**

XVIèmes

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,

Comité olympique international. *Voir* Jeux olympiques d'hiver,



- Code criminel.** Voir Avortement; Conduite en état d'ébriété; Drogues et alcool, usage abusif—Attirail; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lois, modification
- Code criminel, Aliments et drogues et stupéfiants, projet de loi C-61**
- Criminalité, produits, profits, gouvernement, contrôle  
Blanchissage des fonds, 27:22-3  
Corruption, allusion, 27:16-7  
Fonds alloués, 27:29
- COJO.** Voir Comité organisateur des jeux olympiques
- Collins, Mary (PC—Capilano)**  
Assurance-maladie, régimes, 50:48-50  
Santé, services et financement, 50:48-51
- Colombie-Britannique**  
*Alcohol and Drugs Program.* Voir Colombie-Britannique, ministère de la Santé  
Alcool, taxation, système, recettes, etc., 22:8-9; 23:23  
Alcoolisme  
Comité d'examen de la politique sur l'alcool, étude, rapport, etc., 22:5-8, 11, 13  
Situation, statistiques, etc., 13:14-5; 22:13; 23:23-4  
Drogues et alcool, usage abusif  
Criminalité, liens, statistiques, etc., 22:26, 29  
Jeunes, consommation, 22:24, 74  
Méthadone, application thérapeutique, étude, 13:10-1  
Répercussions, coûts, 22:10; 23:23-4  
Situation, statistiques, etc., 13:4-5, 7-8, 11; 22:5-6, 21-2, 96-7; 23:60-3, 74, 83-4  
Sur les lieux du travail, étude, groupe de travail, création, rapport, etc., 22:6, 13  
Trafic dans la rue, 22:18-9  
Victoria Police Department, position, 22:23-4  
Visiteurs, implication, 22:22  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, Budget provincial attribué, montant, 13:11-2  
Comités consultatifs mixtes, création, 13:6  
Contre-attaque, programme, 22:16-7  
Dépistage, tests obligatoires, 13:10  
Évaluation, suivi, etc., 13:17  
Répertoire des drogues, ministère provincial de la Santé et Kaiser Substance Abuse Foundation, collaboration, 13:5-6  
Sur les lieux du travail, employés, aide, programme, 13:9-10  
Toxicomanes et alcooliques, traitement  
Centres régionaux, 23:109-10  
Voir aussi Comité—Voyages—En
- Colombie-Britannique, ministère de la Santé (Alcohol and Drugs Program)**  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
abusif, lutte—Répertoire  
Voir aussi Colombie-Britannique—Drogues et alcool, usage
- Comité**  
Accès, 46:19  
Budget, approbation, 10:3; 41:4  
Budget supplémentaire, 41:3  
Comité directeur. Voir plutôt sous le titre susmentionné  
Sous-comité du programme et de la procédure
- Comité—Suite**  
Débat, portée, 20:93; 35:21; 40:9  
Députés  
Commentaires devant être considérés comme des remarques personnelles, 3:32-3  
Nouveaux membres, bienvenue, 3:5; 19:10; 20:10  
Opposition officielle, absence, 20:5  
Participation, 3:5; 6:21; 37:12; 50:71-2; 52:15, 64  
Temps de parole et ordre d'intervention, 11:29; 23:58-9; 31:22-3; 34:11; 50:72  
Documents  
Annexion au compte rendu, 46:18-9; 47:7  
Copps, Sheila, lettre, 48:24  
Confidentialité, 47:29-30  
Dépôt, 6:4; 9:28; 24:51; 30:20; 40:7, 11; 50:18; 51:14, 16  
Condition physique et Sport amateur, ministre, compte de dépenses, 18:21-3  
Fumer, interdiction, 12:23-4; 16:5-6  
Greffier  
Remplacement, 10:5  
Langage non sexiste, 30:6  
Mandat, 4:4; 22:13; 52:44, 67  
Modification, annonce parue dans les journaux, allusion, 47:16-8  
Mémoires, invitation, annonce dans les journaux, 41:3  
Ministres, comparaison  
Condition physique et Sport amateur, 18:27; 35:7-8  
Santé nationale et Bien-être social, 8:3; 16:37; 25:33; 41:3  
Motion de blâme, avis, 21:4; 39-40; 27:30-1  
Ordre du jour, 16:11-2, 17  
Président  
Élection, 1:5; 30:5  
Voir aussi Nations Unies—Drogues et alcool, usage abusif  
Quorum, 3:3; 30:6; 52:15  
Voir aussi sous le titre susmentionné Séances—Tenue  
Recherchistes  
Rapports, dépôt, 1:9, 13  
Remplacement, 17:5-6; 19:10  
McNaughton, Garth, services, remerciements, 21:4  
Séance d'organisation, 1:5-12; 30:5-7  
Séances  
À huis clos, 1:4; 3:3; 5:3; 8:3; 36; 10:3; 20; 25:3; 28:77-8; 29:21; 39:23-4; 40:3; 41:3-4, 30; 42:3-4; 44:37; 53:17; 54:64  
Délibérations, transcription, disponibilité, 1:7-8  
Ajournement suite à une alerte à la bombe, 48:4  
Calendrier, 47:33  
Durée, 3:7  
Préavis, 22:30  
Retard, 52:50  
Tenues, 30:7-8  
Et l'impression des témoignages en l'absence de quorum, 1:6  
Toronto, Ont., 19:5; 20:5  
Sous-comité du programme et de la procédure  
Composition, 30:6-7, 26-7  
Fonction, 1:6  
Substituts, 17:5

- Bureau sur l'usage des drogues à des fins non médicales.** Voir Santé nationale et Bien-être social, ministère
- Burford, Fred** (Council on Drug Abuse)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:41-6, 51-2, 54, 56
- Burke, Marvin** (Nova Scotia Commission on Drug Dependency)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 12:4-16
- Calahan, Daniel.** Voir Santé, services
- California Youth Authority.** Voir Toxicomanes et alcooliques, traitement
- Campbell, Donna** (Association canadienne des ergothérapeutes)  
Santé, services et financement, étude, 50:10-4, 16-7, 19
- Canadian Home and School and Parent-Teacher Federation.** Voir Ontario Federation of Home and School Association
- Canadian Institute for Guardianship**  
Composition, activités, etc., 20:97-8
- Crédibilité, allusion, 20:98**
- Représentant, témoignage.** Voir Témoins
- Voit aussi** Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie
- Canadian Memorial Chiropractic College**  
Représentants, témoignages. Voir Témoins
- CanCare Canada**  
Activités, rôle, etc., 10:9-11
- Centre canadien du marché du travail et de la productivité,** relations, 10:14
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, efficacité, 10:15**
- Représentants, témoignages.** Voir Témoins
- Cancer**  
Causes, 23:66
- Voit aussi** Santé, services—Accès
- Cannabis.** Voir plutôt Marijuana
- Cantelon, John** (Drug and Alcohol Rehabilitation Society of Greater Victoria)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:82-3, 89, 94
- Cassidy, Don** (Association canadienne des chefs de police)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 11:4-6, 16, 25
- Cebynsky, Walter** (Parents Against Drugs)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:29, 33-6, 39, 44-6
- Célébration 88, programme.** Voir Jeux olympiques d'hiver—Promotion
- Central Toronto Youth Services**  
Clientèle, 20:114, 117
- Financement, 20:112, 117**
- Mandat, 20:109-10**
- Représentants, témoignages.** Voir Témoins
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, méthode, 20:112**
- Centre canadien du marché du travail et de la productivité.** Voir CanCare; Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Centre national de formation pour le saut à ski.** Voir Sports
- Centres hospitaliers universitaires.** Voir plutôt Hôpitaux d'enseignement
- Changling Focus.** Voir Breckthorough Productions—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Chapman-Smith, maître D.** (Association chiropratique canadienne)  
Santé, services et financement, 43:9-18, 21-5
- Charpentier, Guy** (Favillion Jellinek)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:4-7, 9-11, 13-8
- Chartrand, Gilbert** (PC—Verdun—Saint-Paul; vice-président)  
Aliments naturels, 1:28-9
- Aliments naturels, industrie, étude, 1:28-9**
- Election à titre de vice-président, 1:9**
- Chartrand, Suzanne** (Association nationale de la femme et le droit)
- Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 39:4-5**
- Chase, Justis** (Images Unltd.)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:50-8
- Chiefs of Ontario**  
Représentant, témoignage. Voir Témoins
- Child Poverty Action Group**  
Création, membres, budget, etc., 37:20
- National Income Program for Children, brochure, allusion, 37:20**
- Représentants, témoignages.** Voir Témoins
- Rôle, objectifs, etc., 37:15**
- Chiropratie, services**  
Autres professions, relations, 43:25-6
- Efficacité, 43:11-2, 19-20, 23-4, 30-2**
- Médecine traditionnelle, relations, 43:7-8, 18-9, 21, 23-4**
- Recherches fédérales, privées, etc., encouragement, 43:27-8**
- Citizen, article.** Voir Autochtones—Santé, services
- Clark, Lee** (PC—Brandon—Souris; secrétaire parlementaire du ministre de l'Agriculture)  
Aliments, étiquetage, 41:26-7
- Clark, Stewart** (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission)  
Antécédents, 24:39-40
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 24:39-50**
- Clemenhagen, Carol** (Association des hôpitaux du Canada)  
Santé, services et financement, 46:9-10, 12-5
- Clews, D' Allan G.** (British Columbia Medical Association)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:96-110
- Clinical Institute.** Voir Addiction Research Foundation—Toxicomanes
- CLSC.** Voir Santé, services—Services communautaires—Efficacité—Cliniques
- Coalition canadienne de la santé**  
Mandat, composition, etc., 47:18
- Mémoire, références, 47:19**
- Représentants, témoignages.** Voir Témoins
- Voit aussi** Santé, services—Financement
- Cocaine.** Voir Drogues et alcool, usage abusif

- Badgley, rapport.** Voir Enfants—Exploitation sexuelle—Recherches et Pauvreté
- Baker, George** (L.—Gander—Twillingate)  
Drogues, usage abusif, étude, 7:13-8, 24-6  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 7:13-8, 24-6  
GRC, 7:17, 26  
Immigration, 5:25-6  
SIDA, 5:24-8
- Baldwin, Robert** (Conseil du travail du Canada)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, 36:18-27
- Baltzan, D' M.A.** (témoin à titre personnel)  
Santé, services et financement, 52:123-37
- Bande du Lac Lubicon**  
Tuberculose, épidémie, allusion, 35:9  
Voir aussi Jeux Olympiques d'hiver, XVèmes
- Bande O'Chiese.** Voir Autochtones—Toxicomanes  
Relatifs au PNB—Revenu national
- Banque du Canada, gouverneur.** Voir Santé, services—Coûts—Banques alimentaires
- Banques alimentaires**  
Comité, étude, recommandation, 14:8  
Étude, 14:4-9  
Renvoi à la Chambre, recommandation, 14:8-9  
Gouvernement fédéral, responsabilités, contribution, etc., 14:7-8; 17:25-6  
Nombre, augmentation, causes, 14:6-7  
Organisations bénévoles, financement, 17:26  
Origine, 14:4-5  
*Food Banks and the Welfare Crisis*, Graham Riches, allusion, 14:6-7  
Statistiques, 14:6  
*Toronto Star*, article, allusion, 14:5-6
- Banques de sang autologues.** Voir Sang
- Barnes, L.W.C.S.** (Association nationale des retraités fédéraux)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, étude, 33:4-11
- Baskerville, Bruce** (Association des hôpitaux du Canada)  
Santé, services et financement, 46:10-1  
Bates, John (People to Reduce Impaired Driving Everywhere)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:74-87
- Battleford.** Voir Autochtones—Santé, services  
B.C. Tel. Voir Toxicomanes et alcooliques, traitement—Employeur
- Becks, William** (Addiction Research Foundation)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 19:17-29
- Bell, Veronica** (Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 15:33, 35, 37-8
- Ben Calif Rope, programme.** Voir Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Berger, Gerald A.** (Bureau des Jeux Olympiques d'hiver 1988)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 18:9-12, 27
- Bureau des médicaments humains prescrits.** Voir Santé nationale et Bien-être social, ministère
- Bureau des Jeux Olympiques d'hiver 1988**  
Représentant, témoignage. Voir Témoins
- Bureau des drogues dangereuses.** Voir Santé nationale et Bien-être social, ministère
- Bureau de recherche sur les médicaments.** Voir Santé nationale et Bien-être social, ministère  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:6-8, 11-4, 16-28
- Burden, Karl N.** (Alcohol and Drug Concerns Inc.)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:6-8, 11-4, 16-28  
Mémoire, erreurs, références aux annexes, etc., 48:20  
Santé, services et financement, 48:14-25  
Antécédents, 48:14  
Voir aussi Allergies—Environnement
- Brown, Chris** (Témoin à titre personnel)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 39:5-17
- Brodsky, maître Gwen** (Association nationale de la femme et le droit)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant, document de consultation, étude, 39:5-17
- British Columbia Medical Association**  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Voir aussi Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lieux du travail et Solutions
- British Columbia Telephone Company**  
Représentant, témoignage. Voir Témoins  
Voir aussi Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lieux du travail et Solutions
- British Columbia Medical Association**  
Santé, services et financement, 51:14-20, 22-3
- Brisbin, D' Scott** (Association canadienne des optométristes)  
Représentants, témoignages. Voir Témoins  
Financement, 22:67-9, 74-6; 23:22  
Suivi, 22:75  
*Future Wave*, émission, 22:66  
drogue, etc., 22:70-4  
Participants, antécédents, expériences du milieu de la Autochtones, réactions, 22:70-1  
*Changing Focus*, émission, 22:66-9  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 22:66-7, 78  
with Children and Youth (ETC)
- Breakthrough Productions, Society for Exploring Television**  
*Booze, Pills and Dope.* Voir plutôt Boisson, pilules et drogues
- Boose, Pills and Dope. Voir plutôt Boisson, pilules et drogues**
- Bois, Pierre** (Conseil de recherches médicales du Canada)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1987-1988, 17:24; 18:27-42  
1988-1989, 42:20-1
- Bois, Pierre** (Conseil de recherches médicales du Canada)  
Santé, services et financement, 50:47-8, 50-1
- Best, Robert** (Association des consommateurs du Canada)  
Services sociaux, programme, 42:21-5  
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1988-1989, 42:21-2  
Familie, 42:22  
Enfants, 42:22
- Berrand, Gabrielle** (PC—Brome—Missisquoi)  
Santé nationale et Bien-être social, ministère



- Autochtones—Suite**
- Autochtones—Santé
- Accueil, capacité, augmentation, PNLAADA, fonds alloués, 25:36-7
- Bande O'Chiese, cas, allusions, 25:33, 45
- Centres de traitement, efficacité, 25:16
- Hors des réserves, accès, 21:20
- Professionnels, formation, 23:68
- Thérapie familiale, 23:67-8
- Traitement communautaire et mobile, 24:6-7, 63, 66, 25:16
- Voir aussi* Alberta: Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national; Breakthrough Productions, lutte, programme national; Society for Exploring Television with Children and Youth—Drogues et alcool, usage abusif, lutte—*Changing Focus*; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie nationale; Enfants—Mortalité et Pauvreté; Manitoba; Ontario; Saskatchewan; SIDA—Public
- Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national (PNLAADA)**
- Administration, planification, etc., Indiens et Inuit, participation, 25:10
- Application, services assurés, etc., 21:6-7, 12-3, 16-9, 25:8-10
- Conseil des autochtones du Canada
- Demandes de crédits, refus, 21:13-4
- Projets, financement à 50%, règle, 21:14-6
- Coordination avec les initiatives et activités d'autres organismes, programmes, etc., 25:10
- Employés, formation, financement, 25:19-20
- Évaluation, 21:9; 22:77-8; 23:42, 50; 24:10-2, 18-9, 25:10
- Financement, 9:14; 27:11, 13-4
- Priorités, 25:46
- Répartition, inéquités selon la formule Berger, etc., 25:8, 34, 42-4
- Voir aussi* sous le titre susmentionné Formation et Jeunes Fonds d'urgence, Peerless Lake, cas, 25:34-5
- Indiens en train de récupérer leur statut, exclusion, 25:31
- Jeunes, programmes, financement, 25:22-3
- Nielsen, rapport, recommandations, allusion, 25:23
- Objectifs, priorités, etc., 25:7, 32-3, 35-7
- Orientation, 21:26-7, 25:24-5
- Population desservie, 25:37-8
- Recherche-développement, projets, fonds alloués, 25:8-9, 13
- Alkali Lake, réserve indienne, film vidéo, 25:9
- Association des Indiens de l'Alberta et Dénés dans les Territoires du Nord-Ouest, projet, 25:9
- Caravane de la jeunesse, 23:14
- Kanawake, Indiens, projet de modèles, 25:9, 14
- Université Leihbridge, projet des quatre mondes, 25:9
- Répercussions, 25:8-10
- Représentant, témoignage, *Voir* Témoins
- Violence, répression, services, 25:26
- Voir aussi* Alkali Lake, réserve indienne—Alcoolisme—Lutte; Autochtones—Métis et Toxicomanes—Accueil
- Avortement**
- Code criminel, modification, 16:28
- Morts, nombre, etc., 16:26-8
- AZT, *Voir* Médicaments; SIDA—Traitement—Médicaments
- Back Power. Voir* Dos, douleurs chroniques
- Autochtones—Suite**
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte...—*Suite*
- Prévention, importance, 24:23-4; 25:16
- Publicité spéciale, 24:64-5
- Santé nationale et Bien-être social, ministère, Direction générale des services médicaux, études, allusion, 25:42
- Suivi, 25:41-2
- Enfance, aide, programme, *Voir* Manitoba; Ontario
- Métis, Indiens non inscrits et hors des réserves, drogues et alcool, usage abusif, initiatives, programmes, etc., financement, 21:18-20; 24:20-1; 25:28-31, 35-6; 27:9-13
- Compétence, 21:8-10, 14, 20-2; 25:36
- Indiens, Loi, modifications de 1985, répercussions, 21:9-10
- PNLAADA, exclusion, 16:30-1; 21:9-13; 24:22-3, 57-8; 25:20-1, 29-31
- Ancien programme, comparaison, 25:35
- Programme distinct, 21:24-6; 24:22-3
- Santé nationale et Bien-être social, ministère, implication, rencontre avec le Conseil des autochtones du Canada, 21:19; 27:20-1
- Mortalité, taux, 25:6-7
- Réserves. Voir plutôt** Réserves indiennes
- Santé, services
- Autonomie politique, répercussions, 47:7-8
- Battleford, centre de santé, cas, 47:13-4
- Citizen, article, allusion, 46:19, 28
- Complot administratif, allusion, 47:12-3
- Contrôle, transfert aux autochtones, 46:20-7, 31, 33-4; 47:10-2
- Éducation, programme, comparaison, 46:31-2; 47:11
- Fédération des nations indiennes de Saskatchewan, recommandations, 47:4-7
- Comité, voie, recommandation, 47:6-7
- Financement
- Critères, accès direct aux fonds, etc., 46:28-33; 47:12-5
- Insuffisance, 46:23-4, 34-5; 47:11
- Non-autochtones, comparaison, 46:35
- Penner, rapport, recommandations, 46:31-2
- Fonctionnement, 47:7-8
- Gouvernement fédéral, obligations, traités, respect, etc., 46:19-20, 22, 26-7; 47:5-6
- Indiens, Loi, répercussions, 46:33-4
- Manitoba, situation, 46:28
- Médecine traditionnelle, 47:9
- Nielsen, rapport, allusion, 46:19, 28; 47:13
- Non couverts, 47:9-10
- Liste, 47:9-10
- Premier ministre Brian Mulroney, déclaration, allusion, 46:29; 47:5, 12
- Priorités, 47:15; 48:12
- Programme, activités, 16:8; 42:7
- Promotion de la santé et prévention, 47:9
- Représentants de la santé
- Disponibilité, 47:8
- Formation, 47:8
- Salaires inadéquats, 46:25-6
- Voir aussi* Rapport à la Chambre—Cinquième
- Statistiques, 25:6
- Terme, signification, 21:6

- Association chiropratique canadienne**  
Mandat, 43:9  
Membres, 43:4-5  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
**Association de l'information sur les allergies**  
Historique, financement, membres, etc., 40:23  
Représentante, témoignage. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Aliments, étiquetage; Comité—Témoins  
**Association des consommateurs du Canada**  
Mémoire, correction, 50:42  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Santé, services  
**Association des facultés de médecine du Canada**  
Mandat, 52:51  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
**Association des hôpitaux du Canada**  
Rôle, 46:4  
*Voir aussi* Santé, services  
**Association des Indiens de l'Alberta. Voir** PNLADA—  
Recherche-développement  
**Association des infirmières et infirmiers du Canada**  
Membres, 52:6  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
**Association médicale canadienne**  
*Allocation of Health Care Resources*, document, allusion, 52:40  
Rapport. *Voir* Santé, services—Financement  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
**Association nationale de la femme et le droit**  
Membres, mémoires, etc., 39:4-5  
Représentantes, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant  
**Association nationale des directeurs de centres de traitement pour les autochtones. Voir** Drogues et alcool, usage abusif, lutte  
**Association nationale des retraites fédérales**  
Membres, 33:4  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Pensions du Canada—Prestations de survivant  
**Association of Canadian Teaching Hospitals**  
Financement, 52:53  
Mandat, membres, etc., 52:52  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
**Assurance-maladie, régimes**  
Constitution, entente du lac Meech, répercussions, 17:26-30; 46:6  
Coûts, 47:24  
Fonds alloués, contribution fédérale, 35:12-6, 29-31  
Critères, imposition, 51:11-2  
Johnson, rapport, allusion, 35:14  
Médecins, honoraires, tickets modérateurs, etc., surfacturation, 16:12; 17:21; 52:8, 16, 154  
Population, recours, information, 17:21-2
- Assurance-maladie, régimes—Suite**  
Médecins, honoraires, tickets modérateurs, etc., Renseignements, ministre, divulgation, refus, discours à New York, etc., 35:29-30  
Services assurés et non assurés, 50:18, 45-9; 51:24; 52:95  
Contrôle, Alberta, situation, 16:12-3; 47:27-8; 50:43-8; 52:16-7  
Disparités provinciales, 50:49-50  
Liste, 16:12-3; 35:29-30; 50:45, 48-9  
Psychologie, services, inclusion, 52:25-8, 34-5  
Réduction, répercussions, sanctions, etc., 17:27; 50:43-4, 52-3  
Réglementation, 50:51-2  
Santé, loi, modifications, 35:29; 47:28; 50:45-7; 52:15-8, 34-7  
Services sélectifs, 50:54-6  
Soins à domicile, critères, 50:18-9  
Situation, 52:147  
Universalité, respect, 47:27-8; 50:46; 52:48, 154  
*Voir aussi* Assistance publique, régime—Palements; Ergothérapie, services—Facturation
- Australie**  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 2:17-8, 21-2  
Fonds alloués, répartition, 2:18-20  
Drogues et alcool, usage abusif, situation nationale, 2:20-1  
Syndrome d'immunoséquence acquise (SIDA), programme Financement, gouvernement, contribution, 2:14-5  
Historique, 2:4-9  
**Australie, ministère de la Santé**  
Représentante, témoignage. *Voir* témoins  
**Autochtones**  
Autonomie, répercussions, 25:27, 31  
Drogues et alcool, usage abusif  
Alcool, vente, interdiction, 25:24-5  
Centres d'amitié, étude, allusion, 21:26  
Consommation, motifs, 21:5-6; 22:76; 23:44, 50-1  
Sensibilisation, Conseil de développement du nord de l'Alberta, rapport, allusion, 21:22-3  
Situation, 21:18, 23-4; 24:59; 25:39  
*Kubiski*, rapport, 25:32  
Tuktoyaktuk, cas, 25:23  
Violence, répercussions, etc., 25:23-4  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, initiatives, programmes, etc.  
Administration par des autochtones, 24:60-1; 25:19  
Alcooliques Anonymes, 24:61-2  
Association nationale des directeurs de centres de traitement pour les autochtones, fonds alloués, 25:17  
Ben Calf Kope, programme, allusion, 24:59; 25:45  
Collectivités, chefs, conseils de bande, etc., rôle servant d'exemple, 24:12-3; 25:24-5, 44  
Conseil des autochtones de l'Île-du-Prince-Édouard, programme, 21:7-8, 17, 19  
Détenus autochtones, 21:20  
Financement, 25:19; 27:8-11  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Mérits  
Fonds alloués dans le cadre de la stratégie nationale, 25:28, 38-9  
Ministères, coopération, collaboration, etc., 25:14, 40-1  
Orientation, 23:14-5



- Angus, Iain—*Suite*  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
1987-1988, 18:11-4, 24-7  
Sports, 18:11, 25-6  
Antibuse, vaccin. *Voir* Toxicomanes et alcooliques, traitement
- Appendices**  
Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan, mémoire, 47A:19-33  
Gendarmerie royale du Canada, mémoire, 3:7  
Institut Rideauwood, mémoire, 10A:4-7  
Panizza, Normand, mémoire, 11A:7-12  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, document, 17A:1
- Appleton, P. (Université Carleton)  
Drogues, usage abusif, étude, 3:3  
Arby's, restaurant, Burlington, Ont. *Voir* Aliments—Allergies—Décès
- ASIST, programme. *Voir* Addiction Research Foundation—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Assistance publique, régime  
Modifications, allusions, 17:15  
Patrimoine aux provinces, critères, 35:24-5  
Assurance-maladie, régime, cas, 35:25  
*Voir aussi* Enfants—Pauvreté—Alimentation
- Assistance sociale, prestations. *Voir* Pensions du Canada, régime—Prestations de survivant
- Association canadienne de l'industrie du médicament  
Membres, composition, etc., 49:22-3  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Médicaments, étiquetage
- Association canadienne des chefs de police  
Composition, mandat, etc., 11:4  
Drogues et alcool, usage abusif, lutte, comité sur l'abus des drogues, création, 11:5-6  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Association canadienne des diététistes  
Mandat, composition, etc., 52:38  
Représentantes, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Santé, services
- Association canadienne des ergothérapeutes  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Santé, services
- Association canadienne des optométristes  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*pluriel* Association of Canadian Teaching Hospitals. *Voir* Association canadienne des hôpitaux d'enseignement. *Voir*
- Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation (ACRSA)  
Membres, 49:17  
Représentants, témoignages. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Aliments, étiquetage; Comité—Témoins
- Association canadienne d'hygiène publique  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Allergies**  
Définition, 48:15  
Environnement, pollution, intolérance  
Au travail, 48:17  
Brown, Chris, recommandations, 48:18  
Comité, étude, rapport, 48:20-1, 25  
Copp, Sheila, cas, 48:22  
Credibilité, symptômes psychosomatiques, Pincher Creek, cas, 48:16-20  
McCrossan, Paul, cas, 48:18  
Ministres fédéraux, sensibilisation, 46:16  
Ontario, comité d'examen, création, 48:16  
Recherches, nécessité, 48:21-2  
Répercussions, 48:23-4  
Santé, services, rôle, 48:19  
Santé nationale et Bien-être social, ministre, position, etc., 48:16, 22-3; 52:142-3  
Société canadienne de l'écologie clinique et de la médecine environnementale, mémoire, allusion, 48:16  
Mercure dans les obturations dentaires, cas, 48:15, 19  
Traitement, politiques, instauration, compétence, 52:139  
*Voir aussi* Aliments; Médicaments
- Allocation of Health Care Resources, document. Voir**  
Association médicale canadienne
- Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependencies**  
Clientèle, financement, etc., 23:23, 25-6  
Consultations avec Mary Collins, député, 23:34-5  
Représentant, témoignage. *Voir* Témoins  
*Voir aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Anakeim Lake. *Voir* Réserves indiennes—Alcoolisme
- Anciens combattants, autonomie, programme. Voir** Handicapés et invalides—Désinstitutionnalisation
- Anderson, D.V. (Canadian Institute for Guardianship)  
Drogues et alcool, usage abusif, étude, 20:87-99
- Angus, Iain (NPD—Thunder Bay—Atikokan)  
Comité, 18:27  
Jeux nordiques de 1993, 18:24-5  
Jeux olympiques, 18:13-4  
Jeux olympiques d'hiver, XVèmes, 18:11-3  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivants, document de consultation, étude, 33:8-10, 14-6, 20



- Alcoolisme—Suite**  
Population, sensibilisation, 19:11-3  
Prévention, programme, 19:91-2  
Prix et disponibilité, influence, 8:32; 9:19; 10:16; 11:32-4;  
12:11; 13:8-9; 20:9-10; 22:8-9; 102-3; 108-9; 24:27-8;  
37-8  
Prohibition, 24:29-32  
Publicité, rôle. *Voir plusôt* Drogues et alcool, usage abusif—  
Publicité, rôle  
Réduction, 8:35  
Répartition selon le sexe, 12:12  
Répercussions, 6:9; 22:89-90; 105-6; 23:117; 24:26  
Greater Victoria Hospital Society, autopsies, cas, 22:29-81,  
87-90  
Situation économique, incidence, 20:82  
Situation nationale. *Voir plusôt* Drogues et alcool, usage  
abusif—Situation nationale  
Statistiques, 3:20; 7:34-5; 8:28-9; 9:6; 17-8; 19:84; 20:82; 22:89  
*Voir aussi* Alberta; Alkali Lake, réserve indienne; Colombie-  
Britannique; Réserves indiennes; Saskatchewan  
**Aldred, Joel** (Conseil consultatif national pour le troisième âge)  
Pensions du Canada, régime, prestations de survivant,  
document de consultation, étude, 38:4-13, 15  
**Aliments**  
Allergies  
Arby's, restaurant, Burlington, Ont., décès, cas, 40:7; 41:8,  
13-4; 25-6; 49:8  
Consommateurs, responsabilité, éducation, etc., 41:10-1,  
16-7; 24; 49:7; 14, 18-9  
Historique, 49:13  
Monoglutarate de sodium (MGS), 49:17-9  
Moules, cas, 49:16  
Recherches médicales, 49:7  
Restaurants, responsabilité légale, poursuites, etc., 49:12-3,  
15  
Trousse d'urgence, épinéphrine, efficacité, 41:22-6, 28-9  
Banque. *Voir plusôt* Banque alimentaire  
**Aliments, étiquetage**  
Association canadienne des restaurateurs et des services  
d'alimentation, position, 41:9; 49:4  
Association de l'information sur les allergies, position, 41:16;  
49:4; 6-7  
Cafétiéras, cas, 41:26  
Consommation et Corporations, ministère, rôle, 41:9; 49:4,  
6-7  
Etiats-Unis, légifération, McDonald, restaurants, projet-pilote,  
49:11  
Étude, 41:5-31; 49:4-38  
Ingrédients, liste, divulgation, 41:9; 18, 24-5  
Critères, 49:5-6  
Ministère, lettre d'information, 41:22  
Sur l'emballage, 49:19-20  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Restaurants  
Justification, 41:12, 17; 49:15-6  
Opposition, 40:21  
Priorités, 49:16-7  
Produits non préemballés, 41:11  
Programmes, études, etc., 41:10-1  
Projet de loi, soumission, allusion, 46:7  
**Aliments, étiquetage—Suite**  
Aliments, étiquetage—Suite  
Rapport à la Chambre, 53:1-16  
Réglementation, 41:30  
Compétence, 41:8-9  
M. (Copp, S.), 41:30-1  
Répercussions financières, 41:29  
Restaurants, responsabilités, 49:4-7  
Autres secteurs de l'alimentation, comparaison, 49:5  
Fournisseurs, grossistes, etc., 49:5; 21-2  
Ingrédients, liste, divulgation, 41:16-9; 22, 26-7; 49:8-9, 12  
Restaurants chinois, 49:17-8  
Restaurants indépendants, 49:14-6  
Restaurants-minute (fast food), 49:9-10, 19  
Enquête, allusion, 49:6  
Épiceries, comparaison, 41:12-6, 26-8  
McDonald, cas, 49:12-3  
Tableaux d'allergènes, utilisation, 49:6-11, 17, 19-21  
Poulet frit à la Kentucky et Laura Secord, cas, 49:6  
Types de restaurants, distinction, définition, nécessité, 49:8-9, 20  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, activités, rôle,  
etc., 41:9, 16; 49:4, 6-7  
*Voir aussi* Aliments et drogues, Loi; Aliments et drogues,  
Règlements  
**Aliments et drogues, Loi**  
Aliments, étiquetage, inclusion, 40:7-8  
*Voir aussi* SIDA—Préservatifs  
**Aliments et drogues, Règlements**  
Aliments, étiquetage, inclusion, 40:22-3, 30-1  
M. (Dorin, M.), présentation, 40:5; 7, 20  
Médicaments, étiquetage, 40:5-9, 20  
Ingrédients, divulgation intégrale, inclusion, 40:9; 22, 30  
Mise en vigueur, 40:20-1  
**Aliments naturels**  
Commercialisation, restrictions, classement par catégories,  
1:19-21, 27  
Consommation  
Justification, 1:23-4  
Liberté de choix, 1:29  
Niveau toxique, consommateurs, plaintes, 1:23-4, 30  
Importations, statistiques, 1:22  
Médicaments, définition, répercussions, 1:22-3  
Produits normalisés, liste, élaboration, 1:27-8  
Propriétés thérapeutiques, efficacité, 1:24-5  
Réglementation  
Comité consultatif, création, recommandations, etc.,  
1:13-4  
France, comparaison, 1:28-9  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Santé nationale et  
Bien-être social, ministère  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, Direction  
générale de la protection de la santé  
Enquête, questionnaire et réponses, résumé, 1:14-9, 21  
Réglementation, plan, processus, délai, etc., 1:31  
Suppléments alimentaires, retrait de certains produits,  
justification, 1:32-3  
**Aliments naturels, industrie**  
Étude, 1:12-33

- A New Perspective for the Health of Canadians**, document  
Allusion, 43:30
- AA. Voir** Alcooliques Anonymes
- Accord du lac Meech. Voir** *pluôt* Constitution, entente du lac Meech
- ACDI. Voir** School for Addiction Studies—Programmes
- Achieving Health for All. Voir** *pluôt* La santé pour tous
- Acides aminés**
- Commercialisation, restrictions, 1:31-2
- ACRSA. Voir** Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation
- Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes**
- Activités, objectifs, etc., 15:18-20, 39
- Clients, répartition, 15:34
- Financement, contribution fédérale, 15:20-1, 36-7
- Programme d'extension, 15:33
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Adams, Evan (Breakthrough Productions; Society for Exploring Television with Children and Youth)**
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:70-4, 76-8
- Adams, Orville (Association médicale canadienne)**
- Santé, services et financement, 52:107-8, 120-2
- Addiction Research Foundation**
- Activités, 19:69
- Best Advice*, document de travail, allusion, 19:61
- Clients, répartition, statistiques, etc., 19:10, 22, 28-31, 36, 38
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Activités, recherches, rôle, etc., 8:5-9, 20-1, 27
- ASIST, programme d'évaluation, allusion, 19:19
- Etude sur les étudiants de l'Ontario, 8:12, 28, 19:95
- Professionnels, formation, School for Addiction Studies, programme, 19:68-71
- Disciplines ou professions visées, 19:71, 75-6
- Disponibilité à d'autres provinces, pays, etc., 19:76-7
- Enseignement à distance, 19:70-4
- Service correctionnel fédéral, utilisation, 19:74
- Subventions, provenances, diminution, etc., 8:25-7, 9:25
- Urgences, services, 19:36
- Historique, fonctionnement, etc., 19:6
- Organismes communautaires, collaboration, 19:37
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Toxicomanes, traitement, Clinical Institute, techniques employées, fonds alloués, etc., 19:32, 36-7
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions; Ontario; Toxicomanes—Traitement
- Addiction Society and Self, livre**
- Allusion, 23:59
- Additifs**
- Définition, 40:10
- Voit aussi* Médicaments—Allergies
- Aharan, C.H. (Victoria Life Enrichment Society)
- Antécédents, 22:39
- Drogues et alcool, usage abusif, étude, 22:30-41
- Albertain**
- Alcoolisme, situation, statistiques, etc., 24:29-32, 36-7
- Autochtones
- Drogues et alcool, usage abusif, lutte, 25:44
- Toxicomanes et alcooliques, traitement, Edmonton, clinique externe, 25:31-2
- Voit aussi* Assurance-maladie, régimes—Services assurés—Contrôle; Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Écoles—Edmonton; Médicaments—Ordonnances, abus—Contrôle
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission**
- Financement, contributions fédérales, 12:25-6
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Stratégie nationale
- Alcohol and Drug Association of Alberta**
- Composition, mandat, etc., 24:25
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Solutions
- Alcohol and Drug Concerns Inc.**
- Mémoire, liste d'achar, allusion, 20:10, 14
- Représentants, témoignages. *Voir* Témoins
- Voit aussi* Drogues et alcool, usage abusif, lutte—Lois
- Alcohol and Drug Program of British Columbia. Voir** *pluôt* Colombie-Britannique, ministère de la Santé (Alcohol and Drugs Program)
- Alcohol-Drug Education Service**
- Activités, objectif, etc., 23:77-9
- Représentant, témoignage. *Voir* Témoins
- Alcohol, usage abusif. Voir* Drogues et alcool, usage abusif; Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Alcool au volant, campagne. Voir** Conduite en état d'ébriété
- Alcooliques. Voir** Toxicomanes
- Alcooliques Anonymes (AA). Voir** Autochtones—Drogues et alcool, usage abusif, lutte
- Alcoolisme**
- Acceptation sociale, 8:19, 31-2; 19:10; 22:81, 95, 103-6; 23:14; 24:25-7
- Consommation, âge légal, modification, 8:20; 9:19; 20:64, 71-2, 74, 77, 80, 86, 107-8; 22:9, 11, 13-4, 107-8
- Dépendance alcoolique et incapacité liée à l'alcool, distinction, 12:15-6; 24:30-2
- Diversissements, contrôle, 22:11, 15-6
- Effets, marijuana, comparaison, 8:31-3
- Étiquettes d'avertissement, 20:12-3, 20-1; 22:11
- Foyer alcoolique
- Aide, spécialistes, consultation, 24:32-5
- Définition, 23:34
- Influence génétique, 22:83-6, 91-2
- Médecins, attitude, 22:103-6, 110-1





# INDEX

## COMITE PERMANENT DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

### COMPTE RENDU OFFICIEL

DEUXIEME SESSION, TRENTE-TROISIEME LEGISLATURE

#### DATES ET FASCICULES

—1986—

Octobre: les 21 et 30, f.1.  
 Novembre: le 4, f.1; le 21, f.2.  
 Décembre: le 11, f.3.

—1987—

Janvier: le 22, f.3; le 26, f.4; le 27, f.5.  
 Février: le 2, f.5; le 5, f.6; le 16, f.7.  
 Mars: les 3 et 5, f.8; le 9, f.9; le 10, f.10; le 17, f.11; le 19, f.12; le 24, f.13.  
 Avril: le 2, f.14; le 6, f.15; le 27, f.16.  
 Mai: le 11, f.17; le 13, f.18; le 21, f.19; le 22, f.20; le 25, f.21.  
 Juin: le 2, f.22; le 3, f.23; le 4, f.24; les 9 et 22, f.25; le 23, f.26; le 29, f.27.  
 Août: les 4 et 5, f.28.  
 Septembre: les 1<sup>er</sup> et 17, f.28.  
 Octobre: le 1<sup>er</sup>, f.29; le 7, f.30.  
 Novembre: le 2, f.31; le 16, f.32; le 19, f.33; le 23, f.34; le 30, f.35.  
 Décembre: le 1<sup>er</sup>, f.36; le 3, f.37; le 8, f.38; le 14, f.39.

—1988—

Janvier: les 26 et 28, f.40.  
 Février: les 8, 10 et 24, f.41.  
 Mars: les 7, 10 et 28, f.42.  
 Avril: le 18, f.42; le 25, f.43 et f.44.  
 Mai: le 2, f.45; le 10, f.46; le 17, f.47; le 26, f.48; le 31, f.49.  
 Juin: les 6 et 7, f.50; le 14, f.51; les 20, 21 et 22, f.52.  
 Juillet: le 14, f.53.  
 Septembre: le 1<sup>er</sup>, f.54.



# Santé nationale et du Bien-être social

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ PERMANENT DE LA

DU

INDEX

CANADA



Fascicules nos 1-54 • 1986-1988 • 2<sup>e</sup> Session • 33<sup>e</sup> Législature

Président: Bruce Halliday













JUL 19 1989



